

Organisering av jordmortjenesten

- faglige idealer og politiske realiteter

Hege-Maria Aas



Masteroppgave ved det erfaringsbaserte studiet i helseledelse
og helseøkonomi

Det medisinske fakultet

UNIVERSITETET I OSLO

13. mai 2011

© Hege-Maria Aas

2011

Organisering av jordmortjenesten; faglige idealer og politiske realiteter.

Kan jordmortjenesten imøtekomme politiske mål og faglige idealer sett i lys av St.meld. nr. 12 (2008-2009): En gledelig begivenhet. Om en sammenhengende svangerskaps-, fødsels- og barselomsorg

Veileder: Professor Grete Synøve Botten. Avdeling for helseledelse og helseøkonomi. U.I.O

<http://www.duo.uio.no/>

Trykk: Asker Print AS

Sammendrag

Oppgaven gir en beskrivelse og vurdering av organisering av jordmortjenesten i fortid, nåtid og framtid. Det er vurdert hvordan ulike teoretiske organisatoriske modeller påvirker jordmortjenestens organisering. Visjoner, sett i lys av Stortingsmeldinger, nasjonale rapporter og faglige utredninger har satt standard for framtidige målsettinger. Jeg har satt fokus på om disse mål er realistiske og kan oppnås med det lovverk og de midler som er tilgjengelige i dag. Jeg drøfter hvordan ulike mål setter tjenesten i ulike dilemma. Oppgaven tar for seg hvordan ulike aktører ser på ulik og egen organisering av tjenesten. Det vurderes om faglige idealer samsvarer med politiske realiteter. Konklusjonen viser at manglende ansvarsforhold, lover, økonomiske midler og incentiver gjør endringer i tjenesten vanskelig. Fortsatt gjenstår mye arbeid for å få en sammenhengende tjeneste med tilfredsstillende kvalitet mellom svangerskaps-, fødsels- og barselomsorgen i Norge.

Innholdsfortegnelse

| | |
|--|-----------|
| SAMMENDRAG | 3 |
| 1 INNLEDNING OG PROBLEMSTILLING | 6 |
| 2 ORGANISERING AV JORDMORTJENESTEN | 7 |
| 2.1 Metodisk tilnærming | 7 |
| 2.2 Organisering av tjenesten før, i dag og i framtiden | 8 |
| 2.2.1 Historisk blick på jordmortjenesten. | 8 |
| 2.2.2 Organisering av svangerskaps-, fødsels- og barselomsorgen i dag | 11 |
| 2.2.3 Organisatoriske utfordringer for framtiden | 13 |
| 2.3 Beskrivelse av ulike organisering | 17 |
| 2.3.1 Jordmor er tilsatt i kommunen | 17 |
| 2.3.2 Jordmor ansatt i kommunen og selger tjenester til helseforetakene | 18 |
| 2.3.3 Jordmor er ansatt i RHF som selger jordmortjenester til kommunen | 18 |
| 2.3.4 Jordmorstyrte enheter underlagt RHF | 19 |
| 2.3.5 Privat praktiserende jordmortjeneste | 20 |
| 2.3.6 Dansk modell | 21 |
| 2.3.7 Svensk modell | 21 |
| 2.4 Organisasjonsteoretisk blick på jordmortjenesten | 22 |
| 2.4.1 Byråkratorganisasjon | 22 |
| 2.4.2 Ekspertorganisasjonen | 23 |
| 2.4.3 Gruppeorganisasjon | 23 |
| 2.4.4 Entreprenørorganisasjonen | 24 |
| 2.5 Analyse av ulike organisering av tjenesten i lys av organisasjonsteori | 25 |
| 2.5.1 Jordmortjenesten i kommunen, en byråkratorganisasjon | 25 |
| 2.5.2 Jordmortjenesten i helseforetaket, en ekspertorganisasjon | 26 |
| 2.5.3 Jordmorstyrte fødestuer som er underlagt RHF, en gruppeorganisasjon | 26 |
| 2.5.4 Privatpraktiserende jordmor, en entreprenørorganisasjon | 27 |
| 2.6 Konklusjon | 27 |
| 3 AKTØRENES SYN PÅ ULIKE ORGANISATORISKE MODELLER | 29 |
| 3.1 Valg av metode | 29 |
| 3.2 Resultater | 31 |
| 3.2.1 Fagpersonellet syn på organisering av jordmortjenesten | 31 |
| 3.2.2 Syn på kvalitet og innhold i tjenesten | 32 |
| 3.2.3 Syn på kontinuitet og framtidig organisering av tjenesten | 34 |
| 3.2.4 Syn på beslutnings innflytelse | 36 |
| 3.3 Oppsummering av intervjuene | 37 |
| 4 DISKUSJON AV RESULTATENE | 38 |
| 4.1 Skjematisk framstilling av resultatene | 38 |
| 4.2 Diskusjon av resultatene i lys av målsettingene | 41 |
| 4.2.1 En helhetlig svangerskapsomsorg. | 41 |
| 4.2.2 Et trygt fødetilbud | 43 |
| | 4 |

| | | |
|----------|--|-----------|
| 4.2.3 | Et familievennlig barseltilbud | 44 |
| 4.2.4 | Kvalitet i alle ledd | 47 |
| 4.2.5 | Et bredt brukerperspektiv | 50 |
| 5 | KONKLUSJON | 52 |
| | EPILOG | 55 |
| | REFERANSER | 56 |
| | VEDLEGG | 64 |
| | Mail som ble sendt til Jordmor i forkant av intervju | 64 |
| | Intervjuguide | 65 |

1 Innledning og problemstilling

Det foreligger i dag en ulik praksis og ulike tilbud innen svangerskaps-, fødsels- og barselomsorg i Norge (41). Samfunnet er i stadig endring. Befolkningen øker og samfunnets kommunikasjons- og bosettingsmønster krever utvikling og vurdering av nye strukturformer i omsorgen(49.s.8). Fødselsomsorgen forandrer seg og fagpersonellets behov for utvikling og rekruttering forsterker behovet for strukturreformer.

Utgangspunktet for oppgaven er å kartlegge de ulike tjenestetilbud og hvordan de praktiseres. Jeg ønsker å analysere fordeler og ulemper ved ulike organisering av jordmortjenesten. Målet er å finne den organiseringen som best ivaretar tjenesten og imøtekommer politiske målsettinger, nasjonale anbefalinger og i tillegg imøtekommer gravide, fødende og den nybakte familie sine ønsker og behov.

I mitt daglige jordmorvirke opplever jeg stadige frustrasjoner over systemets oppstykkede tilbud, samt manglende evne til samarbeid og flyt i tjenesten. Med min fartstid og erfaring både innenfor fødselsomsorg i spesialisthelsetjenesten og svangerskapsomsorg i kommunen, har jeg vært med på ulike organisatoriske endringer og reformer. Det gjør at jeg kjenner systemet godt fra innsiden. Likevel synes jeg det har vært vanskelig å se hvor skoen trykker og hvilke tiltak som må til for å heve kvaliteten på tjenesten. Motivasjonen for å få et dypere innblikk og en bedre forståelse har vært grunnleggende for valg av tema.

For å få innblikk i hvordan ulike organisering fungerer, hva som skal til for å heve kvaliteten på tjenesten og imøtekomme nasjonale målsettinger omtaler jeg to problemstillinger:

- Organisering av jordmortjenesten.
- Jordmødrenes syn på hvordan tjenesten bør organiseres.

Under kapittel 3 omtales, diskuteres og vurderes problemstillingene under ett.

2 Organisering av jordmortjenesten

I dag organiseres jordmortjenesten på ulike måter. Jeg gjennomgår og vurderer ulike former for organisering. Målet er å finne svar på hva som er en god organisering av svangerskaps-, fødsels- og barselomsorg, og hva som skal til for at den gravide og fødende familie opplever høy kvalitet og kontinuitet i tjenesten. Jeg setter også fokus på om det er organisatoriske modeller som ivaretar regjeringens målsetninger og framtidsvisjoner bedre enn andre.

2.1 Metodisk tilnærming

Grunnlaget for dette kapittelet er først og fremst gjennomgang av nyere dokumenter som Stortingsmeldinger, nasjonale rapporter og ulike faglige artikler samt høringskonferanse om St. Melding: "En gledelig begivenhet" og nasjonal konferanse om "Svangerskap, fødsel og barsel - kvalitet i omsorgen" (67.68). Alle dokumenter er brukt som bakgrunn for å tilegne meg en bedre forståelse av problemstillingens kompleksitet og har hatt betydning for utforming av oppgaven.

Sentralt i oppgaven er:

- St.meld. nr 12 (2008 – 2009) En gledelig begivenhet. Om en sammenhengende svangerskaps-, fødsels- og barselomsorg. Meldingen er i tråd med samhandlingsreformen, som har til hensikt å gi brukere bedre og mer helhetlig helsetilbud ved hjelp av systemer som skal bidra til effektiv samhandling mellom ulike tjenester og tjenestenivåer. Meldingen framhever og legger vekt på fem ulike innsatsområder for å oppnå en helhetlig tjeneste hvor det legges føringer for utvikling av en sammenhengende svangerskap -, fødsels- og barselomsorg. Disse fem innsatsområder har jeg vektlagt, de framheves med tanke på dagens organisering og framtidig organisering (49).
- Sosial - og helsedirektoratet (2010): Et trygt fødetilbud. Forslag til kvalitetskrav for fødeinstitusjoner. Som følge av overnevnte stortingsmelding utarbeidet helsedirektoratet en rapport som har sett på hvordan kvaliteten i tjenesten kan styrkes. Kvalitetsindikatorer som ble vektlagt i rapporten er også vektlagt i oppgaven (35).
- Sosial- og helsedirektoratet (2010): Utviklingsstrategi for jordmortjenesten. Tjenestekvalitet og kapasitet. Helsedirektoratet har på oppdrag fra Helse og omsorgsdepartementet lagd en rapport med forslag til tiltak for å styrke jordmortjenesten både med hensyn til kapasitet og kvalitet. Disse tiltakene omtales og vektlegges i mitt arbeid (36).
- Rapport fra helsetilsynet fra tilsyn med barselomsorgen (2011): Korleis tek fødeinstitusjonen og kommunen vare på behova til barselkvinna og det nyfødte barnet i barseltida? Rapporten ble publisert i slutfasen av denne oppgaven. Den viser kvinnens og barnets sårbarhet og manglende oppfølging i tiden fra utskrivelse fra fødeinstitusjonen til helsesøstertjenesten i kommunen er satt i beredskap. Den underbygger viktige funn og

påstander i oppgaven som er nyttiggjort og omtalt. Mangler og tiltak som framkommer i rapporten vektlegges i oppgaven (42).

På bakgrunn av regjeringens ønske om bedre organisering av tjenesten, bedre utnyttelse av ressurser og personell, samt tilgjengelighet til jordmortjenesten, ble det foreslått en styrking av en desentralisert jordmortjeneste (49 s.27-28 og 55. 36 s.5). Det ble presentert to mulige alternativer for hvem som skulle ha det framtidige ansvar for tjenesten:

- Den kommunale jordmortjeneste forankres i helseforetak
- Kommuner og helseforetak inngår avtaler om jordmortjenesten som sikrer felles utnyttelse (49 s.28)

Etter innstilling fra komiteen sluttet Stortinget seg til at jordmortjenesten fortsatt skal være kommunenes ansvar, bortsett fra følgetjeneste til sykehus som ble besluttet å legge til de regionale helseforetak, på lik linje med annen syke transports og ambulansetjeneste. De regionale helseforetak har fått i oppdrag å utarbeide flerårige helhetlige og lokale tilpassede planer for fødetilbudet i regionen sammen med berørte kommuner (36 s.8). Planene er ikke benyttet som dokumentasjon i oppgaven, da de fortsatt er under utarbeiding.

2.2 Organisering av tjenesten før, i dag og i framtiden

I dette kapittelet omtaler og beskriver jeg bakgrunn for hvordan jordmortjenesten har utviklet seg, er og vil kunne praktiseres. Dette har vært nødvendig for å forstå hvorfor tjenesten praktiseres slik den gjør i dag og bakgrunnen for viktige endringer.

2.2.1 Historisk blikk på jordmortjenesten.

Historisk har norsk fødselsomsorg beveget seg fra fødsel med hjelpekone som bisto kvinnen hjemme, til dagens sentraliserte og høyteknologisk sykehusfødsel. Viktige skritt ble tatt i løpet av 1700- og 1800 tallet. Fødselshjelpen i hjemmene forandret seg. De tradisjonelle hjelpekonene som baserte sin kunnskap på praktisk erfaring, ble erstattet av leger og jordmødre som hadde tilegnet seg vitenskapelig teoretisk kunnskap. I 1766 ble de første norske jordmødre sendt til Danmark for å få opplæring i jordmor kunsten.

Den første organiserte opplæring av jordmødre foregikk hos amtsleger og varte ca. tre måneder. I 1818 fikk Norge egen jordmorutdanning ved fødselsstiftelsen i Christiania (2 s. 29-34).

Fram til midten av 1900-tallet, fødte de fleste kvinner hjemme med assistanse av jordmor. Det eksisterte tre fødesystemer:

- Hjemmefødsler med hjelpekoner
- Hjemmefødsler med jordmor
- Institusjonsfødsler

I 1920 var det tre fødeinstitusjoner i landet, de lå i Oslo, Bergen og Trondheim. Som et resultat av økt lærdom blant leger og jordmødre, var det i dette tidsrommet en sterk tendens til å gripe inn i fødselens forløp. Det ble eksperimentert fram ny og avgjørende viten på fødselsstiftelsene og ble siden gjennom jordmødrenes assistanse etterlevd i hjemmene (2 s.137-139. 30 s.17).

Omleggingen av fødsel i hjemmet til fødsel på institusjon kom som et resultat av den medisinske utviklingen. Legene hadde nå stor innflytelse og prestisje som fødselshjelpere og fødselstangen ble ett av legenes midler til å monopolisere viktige sider i fødselsomsorgen. Legene utvidet etter hvert sitt område fra de mest prestisjebetonte fødslene til å omfatte en stor del av de vanlige fødslene. Omleggingen kom først på fødselsstiftelsene i de store byene. Behovet for bedre utdanningsvilkår for leger og jordmødre gjorde seg gjeldende. I en tid hvor Norge var preget av krig, okkupasjon og gjenoppbygging, med påfølgende vanskelige boligforhold og økonomiske problemer, søkte flere kvinner til institusjoner for å føde. Kunnskap hadde vist at gode sanitære forhold var avgjørende for spedbarn og mødredødeligheten og for framtidig helse (2 s. 95-122 og 137-139).

Fra midten av 1960-tallet ble hjemmefødslene fortrent av institusjonsfødslene. Det krevde større plass og bedre forhold på de eksisterende fødeinstitusjonene (2 s.168-171). Kvinneklinikker vokste fram og de gamle fødselsstiftelsene ble nedlagt. Fra 1930 til 1965 økte antall fødeinstitusjoner fra 11 til nærmere. Størst var økningen mellom 1940 og 1949 hvor det skjedde en tredobling av institusjonene. Det skyltes i hovedsak etablering av mange private fødselsstiftelser (2 s.168-171 og 178-179. 30 s.17).

Den operative fødselshjelp i kampen mot mødredødelighet og spedbarnsdødelighet sto nå i sentrum for legenes oppmerksomhet. Legene hadde også innflytelse innenfor spedbarnstell med en patriarkalsk og moraliserende informasjon til mødrene. Denne utviklingen ga større sikkerhet til den fødende og økt prestisje og kontroll for legene. Først i 1950 forsvant hjelpekonesystemet for godt. Legestanden vokste seg stadig større i fødselsomsorgen, ettersom fødestuer og fødeavdelinger ved lokale sykehus fra 1949 til 1971 spredte seg over hele landet (2 s.178-182).

Ute i Europa ble det gjort forskning på slutten av 1800-tallet som viste en markant høyere dødelighet blant kunstig ernærte barn, framfor barn som ble ernært på morsmelk. Denne kunnskapen var medvirkende til at norske leger og frivillige organisasjoner fra 1910 av begynte å opprette spedbarnpleiestasjoner. Formålet var å lære mødre amming og barnestell.

Dette var forløperen til de nåværende helsestasjoner som i hovedsak vokste i antall fra 1935. De kunne være bemannet med leger, sykepleiere, jordmor og helsesøster (49 s.25).

Den organiserte svangerskapsomsorg eller svangerskapskontroll fant ikke sted før langt inn i det 1900 århundre. De første forsøk på organisert svangerskapskontroll i Norge ble innført fra 1914 ved Norske Kvinners Sanitetsforenings kontrollstasjoner. I 1924 ble mødrehygiene-kontorer etablert i de store byene. Jordmødre og praktiserende leger var involvert i dette arbeidet. Gjennom kampen mot sykdommer som forårsaket spedbarnsdød og mødredødelighet ble legenes blikk fra 1930-årene, rettet mot forebyggende arbeid i graviditeten. Barselkrampene vakte stor bekymring og legene sto maktesløse. Det eneste botemiddel var sengeleie og melkediett. Dr. Brand skrev om behovet for å måle eggehvite i urinen den siste tiden i svangerskapet. Det var starten på en landsomfattende organisert medisinsk svangerskapskontroll, som i hovedsak ble utført av distriktsleger, allmennpraktikere og spesialister i barnesykdommer, kvinnesykdommer og fødselshjelp (30 s.17).

Rundt 1930 var Norge i gang med å bygge opp omsorgen utenfor institusjonen. Svangerskapsomsorgen ble sett på som mer og mer viktig og regelmessige medisinske svangerskapskontroller ble vanligere. Som et ledd i det forebyggende arbeid ble det satt i gang arbeidet med å utvide spedbarnpleiestasjonene til også omfatte veiledning av gravide. Da kunnskapen og betydningen om det forebyggende helsearbeid økte, ble spesialistenes arbeidsbelastning på helsestasjonen for stor. Fødsel og barneleger ønsket jordmødre og helsesøstre til å ta over kontrollarbeidet. Det var uenighet om hvem som var best egnet til oppgaven. I lov om helsesøstertjenesten fra 1957, ble det fastslått at helsesøster arbeidsområde var forebyggende og kontrollerende helsearbeid. Loven sa videre at helsesøster skulle være til bistand for de offentlige leger i det sykdomsforebyggende arbeid. Således ble en del av ansvaret for svangerskaps- og barselomsorg delegert fra legestanden til helsesøstertjenesten. Loven svekket jordmors rolle og plass i helsestasjonen mens helsesøstertjenesten fikk flere oppgaver og økt ansvar. I 1973 var det bare tilsatt jordmor i 191 av de 1368 helsestasjoner i Norge (49 s.25. 30 s.17 -19).

Fødeinstitusjoner som hadde økt betraktelig i antall fra 1930-årene fram til 1965, begynte på - 70- og 80 - tallet å reduseres i omfang. Ved inngangen av 1980-årene var det bare halvparten av institusjonene igjen. Det var særlig de mindre fødestuene og fødeavdelingene på lokale sykehus som ble nedlagt. De fleste jordmødre jobbet i denne perioden på institusjoner med fødselshjelp og barselpleie og var lite involvert i svangerskapsomsorgen. Statistikk over helsepersonell fra 1981 viser at under halvparten av utdannede jordmødre i yrkesaktiv alder, arbeidet innen jordmorfaget (30 s.17-18).

Den formelle oppfølging og ivaretagelse av gravide har vært en del av det forebyggende helsearbeidet siden Lov om Helsestasjoner i 1972. Loven ble senere erstattet av forskrift om helsestasjonsvirksomhet. Den 23. november 1983 ble det hjemlet en Lov om helsetjenesten i kommunene og Lov om planlegging av og forsøksvirksomhet i sosialtjeneste og

helsetjenesten i kommunen. I denne tidsepoken var oppmerksomhet rundt det psykososiale arbeidet sentralt. Forskriften ga klare signaler om hva helsestasjonsvirksomheten burde omfatte. Kurs, samtalegrupper for foreldre og vordende foreldre, helsekontroll av gravide, etter kontroll av kvinner som hadde født og familieplanlegging ble framhevet i forskriften. Jordmødrene som fortsatt var aktive i organisering og undervisning i fødselsforberedende kurs, fikk på nytt innpass i helsestasjonenes virke (30 s.18-20. 49 s.23-24).

På slutten av 1970- tallet viste det seg at utviklingen i perinatal dødelighet var dårligere i Norge sammenlignet med andre nordiske land. En gjennomgang og vurdering av perinatale dødsfall i 5 ulike fylker fastslo at mange kunne vært unngått. Dette utløste en offentlig debatt om svangerskapsomsorgen og resulterte i NOU 1984:17 Perinatal omsorg i Norge. Den bidro ikke bare til å synliggjøre jordmors rolle i svangerskapsomsorgen, men framhevet likeså jordmors unike kompetanse på svangerskaps-, fødsels- og barselomsorg. Utredningen anbefalte en styrkning av jordmortjenesten i kommunene og opprettelse av perinataalkomiteer i alle fylker. Det ble hevdet at jordmor gjennom sitt virke på helsestasjonen i samarbeid med lege og helsesøster, kunne gi en helhetlig omsorg før, under og etter fødsel. Hun kunne også inngå i ett naturlig samarbeid på helsefremmende og forebyggende tiltak som for eksempel familieplanlegging og familieforberedende kurs. Det ble også anbefalt utarbeidelse av retningslinjer og en standardisert pasientjournal (30 s.40-41. 49 s.25).

Hovedutvalgets anbefaling ble hørt, men ikke på alle punkter. Det ble opprettet perinataalkomiteer, men helsestasjonene ble ikke pålagt å ha svangerskapsomsorg. I 1993 ble ulike stimuleringsordninger i form av egne refusjonsordninger i helsestasjon og svangerskapsomsorgen i tilknytning til helsestasjonen forskriftsfestet. Den kommunale jordmortjenesten fikk ikke gjennomslag før den ble lovfestet med virkning fra 1. Januar 1995. Takster for jordmødre som var ansatt hos lege, ble også innført, mens privatpraktiserende jordmødre som hadde driftsavtale med kommunen fikk takst for svangerskapskontroll noe senere (33. 41. 49 s. 24).

2.2.2 Organisering av svangerskaps-, fødsels- og barselomsorgen i dag

I dag er det vanlig at jordmødre i kommunen driver svangerskapsomsorg, sammen med fastlegene, mens jordmødrene i spesialisthelsetjenesten bistår ved fødsler og tar ansvar for kvinner på barselavdeling, fødestuer og pasienthotell (49 s.26). Kvinner velger om de ønsker oppfølging under svangerskapet hos jordmor, lege eller begge. Svangerskapsomsorgen til friske gravide er en kommunal oppgave (23 § 1-3). Den vanligste måten kommunen organiserer tjenesten på, er å ansette jordmødre selv. Avtaler med personell om privat helsevirksomhet kan også inngås (32). Dette er regelen i allmennlegetjenesten. Det er ingen lov hjemmel for hvordan jordmortjenesten skal praktiseres, kun at kommunen skal tilby jordmortjeneste (23 § 1-3). I forbindelse med Samhandlingsreformen foreslås en ny lov om kommunale helse- og omsorgstjenester, hvor yrkestittelen ”Jordmor” ikke lenger er nevnt.. Lovteksten sier at kommunene skal tilby svangerskapskontroller og inkludere barselomsorg i

tilknytning til helsestasjon, men det fremkommer ikke noen krav til kommunen om at det er jordmor som skal yte denne tjenesten (34).

Ca. 98 prosent av den gravide befolkning tar mot tilbudet om rutineultralyd i 18. svangerskapsuke. Denne tjenesten er lagt til spesialisthelsetjenesten (50 s.47). Syke gravide og svangerskap, som ikke utvikler seg innenfor det normale, følges opp i spesialisthelsetjenesten. Derved er ansvaret for helsetjenesten i forhold til svangerskap, fødsel og barselomsorg hjemlet i to ulike lovverk. Kommunehelsetjenesteloven og lov om spesialisthelsetjeneste (23 § 6. 29 § 2-3). Tjenesten har ulik finansiering gjennom stat og kommune og tjenesteyterne har ulike arbeidsgivere. Det er vanlig at jordmødre jobber både innenfor svangerskapsomsorg i kommunen og fødselsomsorg i spesialisthelsetjenesten. Derved har flere jordmødre to arbeidsforhold og to arbeidsgivere (49 s. 25).

Etter innføring av fastlegeordningen i 2001 er det i dag få leger som driver svangerskapskontroll på helsestasjonen (40 s.16). Kvinnens valgfrihet har fått større betydning i den senere tid. Mange kvinner velger svangerskapsomsorg hos allmennlege eller en delt ordning hvor de vekselvis går til jordmor på helsestasjon og hos fastlege. Derfor utføres store deler av svangerskapsomsorgen utenfor helsestasjonen (49 s.27).

Gravide har ulike behov. Regjeringen har derfor lagt vekt på at tilbudet skal være differensiert og tilpasset den enkelte, basert på kvinnens valgfrihet. Dette er også i samsvar med målsettinger som kapasitet og riktig ressursutnyttelse (49 s.41-51). Gjennom rett til fritt sykehusvalg er det kvinnen selv som velger hvor hun vil føde. Det gjelder både i og utenfor egen helseregion. Det innebærer at helseregioner ikke kan prioritere kvinner fra eget distrikt. Loven en ment som et tiltak for å gi den gravide større medbestemmelse, samt å skape konkurranse og bedre kvaliteten i de ulike helseforetak. Retten er imidlertid underlagt sykehusets kapasitet til å yte forsvarlig hjelp (21 § 2-4).

Helseforetakene har gjennom politiske målsettinger om differensiert fødselsomsorg utviklet ulike tilbud. Dette har ført til at fødselstilbudet fram til i dag, har vært inndelt etter 3 ulike kompetansenivåer, basert på fødselstall og tilgang til spesialist:

- Krav til fødestuer var minst 40 fødsler per år, vaktberedskap av jordmødre og avklarte medisinske forhold.
- Fødeavdelinger måtte ha minst 400-500 fødsler per år, vaktberedskap av fødsel og anestesilege, nødvendig jordmor- og operasjonsstuebemannning og barnelege tilknyttet fødeavdelingen.
- Kvinneklinikker måtte ha minst 1500 fødsler, tilstedeværelse av fødsels- og anestesilege og vaktberedskap av barnelege, nødvendig jordmor- og operasjonsstuebemannning og barneavdeling med intensivbehandling av nyfødte.

I tillegg kommer tilbud om hjemmefødsler med jordmor (49 s.41). De fleste norske kvinner, føder i dag på store kvinneklinikker som kan ha inntil 7000 fødsler årlig (64). Noen fødestuer

tilbyr både svangerskaps-, fødsels- og barselomsorg. Lang reisevei er en av grunnene for at slike fødestuer eksisterer. Verdier som er knyttet til mindre ressursbruk på friske fødende og satsing på en helhetlig omsorg har også vært en viktig begrunnelse for opprettelse av fødestuer. Fødestue tilbudet har tradisjonelt ligget i distriktene, men de siste årene har det også kommet som et etablert tilbud på noen av de store kvinneklinikkene¹. Det er begrensninger i kapasiteten og dette tilbudet gis kun til friske gravide hvor svangerskapet utvikler seg normalt (26 s.7-8).

Det er utarbeidet Nasjonale faglige retningslinjer for svangerskapsomsorgen i Norge som bygger på anbefalinger fra WHO (38). For fødselsomsorgen er det utarbeidet forslag til kvalitetskrav (35). Dette er kunnskapsbaserte retningslinjer som er utarbeidet av fagpersonell og brukere. Formålet har vært å gi god faglig, oppdatert kunnskap, samt råd og anbefalinger til helsepersonell som utfører svangerskaps- og fødselsomsorg. Det skal bidra til å oppnå en forsvarlig tjeneste med god kvalitet, hvor den gravide og deres familie selv er med på å ta ansvar for egen helse. En annen målsetting har vært å redusere sosial ulikhet i helse. (49 s.34). Det betyr i praksis at retningslinjer skal ligge til grunn for den omsorg som utføres, uavhengig av profesjon og sted. Tilsvarende retningslinjer for barselomsorg finnes ikke i dag. Det er politisk anbefalt å utarbeide det, for og i framtiden sikre en likeverdig og god kvalitet på tjenesten som helhet (49 s.57).

2.2.3 Organisatoriske utfordringer for framtiden

Gravide og fødende hevder at svangerskaps-, fødsels- og barselomsorgen fremstår som fragmentert og er et lite sammenhengende tilbud. I fagmiljøet har det vært reist spørsmål om tilbudet er trygt nok og holder tilfredstilene faglig kvalitet. . På bakgrunn av dette har regjeringen fremmet St.meld. nr. 12 (2008-2009). Regjeringen har også fremmet en Stortingsmelding for samhandling hvor målet er å tilby et mer helhetlig helse- og omsorgstilbud. Den er ment som et tiltak for å tilrettelegge for systemer som skal bidra til effektiv samhandling mellom tjenester og tjenestenivåer. Disse stortingsmeldingene kan sees i sammenheng i og med at begge legger vekt på forankring av lokal jordmortjeneste. Det legges fram ulike forslag til framtidig organisering og struktur for en sammenhengende svangerskaps-, fødsels- og barselomsorg i primær- og spesialisthelsetjenesten. Målet er bedre utnyttelse av ressurser og personell, slik at tjenesten i framtiden kan skape helhetlige pasientforløp (48. 49 s.7-8 og s.35).

En kartlegging av jordmortjenesten viser at det er mangler på samarbeid mellom ulike instanser som har betydning for en god og helhetlig svangerskaps-, fødsels- og barselomsorg. Spesielt dårlig viser det seg å være i storbyer og distrikter med store geografiske avstander mellom ulike samarbeidsinstanser. Statens helsetilsyn har avdekket mangler i omsorgstilbudet for kvinnen i barsel og deres nyfødte barn i sårbare perioder fra kvinnen utskrives fra fødeinstitusjonen til helsesøster i kommunen etablerer kontakt (40 s.9-10 og s.53. 42).

¹ F.eks Føderiket i Oslo, Storken i Bergen og Fødeloftet i Stavanger

Mange sentrale dokumenter og rapporter har hatt betydning for St.meld. Nr. 12 (2008-2009) (40. 51. 61. 49 s.10-12 og s.74). Følgende poeng framheves:

- Behov for å styrke jordmortjenesten
- Behov for omstilling innen fødselsomsorgen og den akuttmedisinske beredskap, med en klar ansvarsfordeling
- Behov for å sikre nærhet til fødetilbudene
- Samhandling mellom kommunehelsetjeneste og spesialisthelsetjeneste
- Bedre kvalitet i tjenesten

Regjeringen vektlegger disse innsatsområder for den framtidige organisering av svangerskaps-, fødsels- og barselomsorgen i Norge (49 s.7):

- En helhetlig svangerskapsomsorg
- Et trygt fødetilbud
- Et familievennlig barseltilbud
- Kvalitet i alle ledd
- Et bredt brukerperspektiv

Det er en politisk målsetting å organisere tjenesten slik at omsorgstilbudet til gravide, fødende, og barselfamilier skal være mest mulig sammenhengende og sømløst. For å sikre best utnyttelse av ressurser i helsesektoren, har samhandlingsreformen innført begrepet “beste effektive omsorgsnivå” (BEON) Det er ønskelig at hoveddelen av svangerskap og barselomsorgen skal være en førstelinjetjeneste i samsvar med BEON prinsippet (36 s.19).

Det er foreslått at kommunene må styrke jordmortjenesten, slik at gravide har reelle valg. Få og små jordmorstillinger gir begrenset tilbudet til gravide. Flere blir avvist og får ikke tilbud om svangerskapsomsorg hos jordmor (40 s.17). Kommuner har ofte løst dette problemet med å overlate mer av svangerskapsomsorgen til fastlegene. For kommunene er denne strategi lønnsom. Fastlegen er selvstendig næringsdrivende og således ingen utgiftspost for kommunen, ut over per kapitilskuddet ut fra antall pasienter på deres lister. Svangerskapsomsorg som utføres av fastlegene er i dag betalt per konsultasjon fra folketrygden. Kommunene dekker kostnader med jordmorstillinger, men bare deler av disse kostnadene dekkes gjennom konsultasjonsrefusjon fra Folketrygden. Slik sett har kommunen ingen økonomiske incentiver for at de skal styrke kommunejordmortjenesten (36 s.8). Dette samsvarer dårlig med BEON prinsippet og oppbygging av en jordmortjeneste som har til formål å ivareta jordmors samlede kompetanse, slik at hun kan bistå både under svangerskaps-, fødsels- og barseltilbud (49 s.27). Det er foreslått å evaluere og differensiere jordmortakster som i dag beskrives som mangelfulle. Tiltak som gjør at kommunene skal oppleve refusjonsordningen som effektive virkemidler for å styrke jordmortjenestens omfang, er påpekt som en framtidig nødvendighet (36 s.44).

Regjeringen legger mer vekt på medvirkning fra bruker i tjenesten, enn hva som har vært praksis tidligere. Det er planlagt å gjennomføre en nasjonal temaundersøkelse for å innhente brukererfaringer med svangerskaps-, fødsels- og barselomsorg. Helsedirektoratet har samlet, systematisert og kvalitetssikre informasjon som er beregnet til gravide / fødende, samt helsepersonell i en egen nettportal. Dette er gjort for å sikre at riktig informasjon og vitenskapelig kunnskap blir tilgjengelig både for bruker og utfører av tjenesten (49 s.63-64).

Utviklingen i geografiske og demografiske forhold tilsier at flere og flere føder på de store fødeinstitusjonene og færre føder i distriktene. Det er spesielt de små fødestuene som har hatt kraftig fall i fødsler de siste 10 år (64). Lik tilgang til helsetjenester er viktig i Norge. Det er politisk vilje til reduksjon av sosiale ulikheter i helse, derfor skal grupper med særskilte behov prioriteres. For at dette mål skal kunne realiseres, legges det vekt på en god svangerskapsomsorg som et samlet forebyggende og behandlende helsetjenestetilbud (49 s.7). Nye organisatoriske samarbeidsmodeller vil i framtiden bygge på dette.

Etter at en samarbeidsmodell i kommuneloven for lovpålagte oppgaver i forbindelse med tjenesteyting trådte i kraft i 2007, er det gitt rom for at mindre kommuner kan inngå interkommunalt samarbeid. Det ligger i kortene at dette vil komme til å bli vanligere for mange kommuner (23 § 1-3. 57 s.28-29). Samarbeidsmodeller som går på tvers av kommunegrenser og mellom kommuner og helseforetak, er beskrevet flere steder. Jordmødrene er der ansatt i helseforetak og har også lokal virksomhet på helsestasjonene, legesenter eller fastlegekontor eller eventuelle jordmorsentra som utfører tjenesten for flere kommuner. Målet med denne type organisering er at jordmortjenesten skal få i stand en helhetlig svangerskaps-, fødsels- og barselomsorg med lokal følgetjeneste, som fungerer godt både mellom kommunegrenser og andre helseinstanser det er hensiktsmessig å samarbeide med (49 s.23-35).

I dag skal de regionale helseforetak sørge for trygge og sammenhengende fødetilbud til kvinner innenfor sin region. Det er politisk vedtatt at RHF og kommuner skal lage en framtidig helhetlig tjeneste. Begge er pålagt å samarbeide om å utarbeide flerårige helhetlige planer for fødetilbudet i regionen, hvor både svangerskaps- og barselomsorg skal være inkludert. Planen skal sikre at de fødende i regionen får et desentralisert, forutsigbart og differensiert tilbud hele året. Den må kunne vise til kapasitet i forhold til fødselstall og være i samsvar med utviklingen av sykehusets akuttilbud. Hensyn til antall fødende, geografi, kommunikasjonsmulighet, språk og kulturelle ulikheter, samt struktur for lokal jordmortjeneste og følgetjeneste skal komme fram. Plan for rekruttering av kvalifisert personell skal i tillegg utarbeides (49 s.41-50. 35 s.27). Det er en forutsetning at gravide får god oppfølging under svangerskapet, slik at fødsler med forventet risiko blir riktig selektert. Utfordringer til nå har vært å følge opp kvinnen og familien på en god måte på tvers av tjenestenivåene. Det foreslås at fagmiljøet utarbeider en konsensus hvor kriterier for seleksjon og klare rutiner for håndtering og samarbeid blir fremmet (49 s.31)

Omsorg i barsel har i løpet av de siste år endret seg mye. Barselomsorg som tidligere ble utført på store sykehusavdelinger, blir i dag ofte overført til sykehotell og ambulant oppfølging i hjemmet. Liggedøgn på sykehus etter fødsel varierer fra timer hos friske fødende til uker for de som er syke. Det er i dag stor variasjon på barselsoppholdets lengde, innhold og kvalitet. Spesielt sårbart er det i perioden fra kvinnen utskrives fra fødeinstitusjonen til helsestasjonen i kommunen er satt i beredskap for å utføre en tilpasset omsorg. Dette skjer fordi det ikke er etablert gode nok avtaler mellom foretak og kommuner hvor det foreligger en klar ansvarsfordeling. Det finnes heller ingen klare faglige krav til omsorg i barsel. Faktorene bidrar til en tilfeldig omsorg og pulverisering av ansvar som viser seg å være en uheldig utvikling (42 s.5. 36 s.26-27).

Fagfolk har vurdert at en bærekraftig og tilgjengelig jordmortjeneste i kommunen er nødvendig (36 s.8 og s.27-29). Det er først og fremst den lokale jordmortjeneste som får en mer sentral rolle i oppfølging av mor og barn, når de kommer hjem fra sykehuset. Fordelen som framheves er at jordmor i kommunehelsetjenesten vil kjenne mange av familiene gjennom svangerskapsomsorgen, spesielt gunstig er dette for de "sårbare" familiene. Det pekes på nødvendighet for kompetanseheving i den lokale helsetjenesten, nærere samarbeid og klare ansvarsforhold. Det er videre vist til behov for raske og effektive meldesystem mellom helseforetak og kommunehelsetjenesten slik at omsorgen sikres når sykehusoppholdet er over. Elektronisk melding om fødsel raskt etter at barnet er født må innføres i framtiden (49 s.53-55. 36 s.26-28).

I dag er eneste nasjonale indikator på kvalitet, som brukes i fødselsomsorgen, sectiofrekvens. Det etterlyses flere kvalitetsindikatorer. Forskrift om medisinsk fødselsregister er foreslått endret slik at innhentede opplysninger kan utvides, systematiseres og brukes som et mål på kvalitet. Helsedirektoratet og de regionale helseforetakene har etter oppdragsbrev fra departementet utarbeidet kvalitetskrav for fødeinstitusjoner og etablert systemer som sikrer at kvalitetskravene følges opp. Foretakene er bedt om å styrke perinatalekomiteens rolle (49 s.57-60. 35 s.8).

Det er utarbeidet en rapport med forslag til kvalitetskrav for fødeinstitusjoner (35). Den beskriver kvalitet som sum av organisering, oppgave- og funksjonsfordeling, krav til kompetanse og etablering av system for oppfølging av kravene. Det er foreslått at disse kravene skal erstatte tidligere tallgrenser som ble vedtatt for fødeinstitusjoner (51). Rapporten fastslår at det i framtiden bør være to kategorier fødestuer som er jordmorstyrte, en i og en utenfor sykehus. Det anbefales å legge ned dagens eksisterende forsterkede fødestuer. Rapporten peker på behov for kompetanseutbygging og styrking av tjenestene. Den tar for seg fordelene ved å styrke den normale fysiologiske fødsel og behovet for å styrke omsorgen rundt den gravide med spesielle behov, uten at disse skal stå i motsetningsforhold til hverandre. En utfordring er at ulike geografiske og demografiske forhold vil kunne skape en ulikhet i utforming av tilbud, uten at dette må føre til ulike krav og kvalitet på tjenesten (35 s.10).

2.3 Beskrivelse av ulik organisering

Nasjonale mål og faglige rapporter sier hvilke framtidsvisjoner tjenesten skal ha. Jeg har sett på ulike organisatoriske modeller i tjenesten og hvordan de imøtekommer visjoner og mål. Modellene som beskrives er praktisert både i Norge og Skandinavia. Jeg har omtalt og tillagt korte kommentarer som jeg vil utdype og vurdere senere i oppgaven.

De ulike måter å organisere jordmortjenesten på er:

- Jordmor er tilsatt i kommunen
- Jordmor ansatt i kommunen og selger tjenester til helseforetakene
- Jordmor er ansatt i RHF som selger jordmortjenester til kommunen.
- Jordmorstyrte enheter underlagt RHF
- Privat praktiserende jordmortjeneste
- Dansk modell
- Svensk modell

2.3.1 Jordmor er tilsatt i kommunen

Det skal være tilbud om jordmortjenester i alle landets kommuner (23). Det er imidlertid ingen lovpålegg som sier hvor stor eller omfattende tjenesten skal være. Jordmortjenesten omfang og organisering varierer geografisk. Som regel er jordmortjenesten lokalisert på helsestasjonen og er administrert under helsesøstertjenesten i kommunen. Jordmor er faglig ansvarlig for egen virksomhet.

Kommunene gir alle innbyggere tilbud om svangerskapsomsorg fordi fastlege i likhet med jordmortjenesten også tilbyr tjenesten. Et erkjent problem har vært at selv om det er kvinnen selv som velger hvor hun ønsker å gå, har ikke hennes ønske blitt innfridd på grunn av manglende ressurser. Enkelte kommuner har så liten jordmortjeneste at tilbudet ikke er reelt for alle. De resterende henvises til oppfølging hos sin fastlege (36 s.8. 48 s.25).

Det er utarbeidet jordmortakster for svangerskapskontroll og familieplanlegging med prevensjonsveiledning. Oppfølging fra jordmor etter fødsel gir ingen refusjon.

Det er utbredt bruk av deltidsstillinger i tjenesten og jordmor jobber ofte alene (40 s.14-27). Det er få kommuner som har tilrettelagt oppfølging av gravide og nybakte familier med særskilte behov (40 s.28-29. 42 s.15). Det er reist kritikk mot stillingsbrøker og ubesatte jordmorstillinger som flere steder har begrenset tilbudet (36 s.5). Jordmortjenesten utfører i stor grad helseundersøkelser og rådgivning til gravide (40 s.59-61). Jordmors og fastlegens arbeidsoppgaver er hovedsakelig relatert til svangerskapsomsorg og retter seg etter nasjonale

retningslinjer (39). Det er få som jobber med fødsels- og barselomsorg (40 s.61). En kartlegging som ble gjort av Helse og sosial departementet i 2004, viser at beskrevne måter å organisere jordmortjenesten på hadde hull og mangler på gode samarbeidsrelasjoner både i forhold til spesialisthelsetjenesten og andre faggrupper som ansees som naturlige samarbeidspartnere, som for eksempel fastlegene i kommunen (40 s.30-33). Modellen får kritikk både i fagmiljøet og fra politisk hold fordi den gir liten kontinuitet og utnyttet jordmors samlede kompetanse dårlig. Brukerorganisasjoner er kritiske fordi de opplever tjenesten fragmentert (44. 49. 57. 63).

2.3.2 Jordmor ansatt i kommunen og selger tjenester til helseforetakene

Denne måten å organisere på tar sikte på å beholde jordmortjenesten som kommunalt ansvar ved å inngå avtaler mellom kommuner og helseforetak for å sikre en god ressursutnyttelse og en helhetlig samhandling. Det ligger politiske føringer for at kommunenes helse- og omsorgstjenester og helseforetakenes spesialisthelsetjenester skal samarbeide mer enn hva som gjøres i dag. Formålet er å sikre brukere ett helhetlig og sammenhengende tjenestetilbud også i små kommuner. Dette understøtter lokale samarbeidsavtaler (49 s.26-31 og s. 47).

Norge er ett utstrakt land med ulik geografi og demografi. Lokale løsninger kan derfor være rasjonelle. Ulike samarbeidsrelasjoner har vært utprøvd mellom ulike kommuner. Overordnede retningslinjer for innhold, kvalitet og struktur av tjenesten har vært en forutsetning for et velfungerende og tilpasset system. For å stimulere til desentralisering har staten finansiert utprøving av organisatoriske løsninger og samarbeidsmodeller mellom første- og andrelinjetjenesten.

Det finnes i dag flere samarbeidsprosjekter mellom kommunen og RHF. Alta kommune har en fødestue, hvor Helse Finnmark HF og Alta kommune deler utgiftene til fire sengeenheter i henhold til en årlig takst per seng. Utgifter til kommunale oppgaver som er knyttet til svangerskapsomsorg dekkes av kommunen. Kommunen er arbeidsgiver og har ansvaret for jordmødrene. Ved Ørland fødestue, som drives av kommunen, refunderer St. Olavs hospital HF utgifter i henhold til antall fødsler og liggedøgn. Andre kostnader vedrørende drift dekkes gjennom interkommunalt samarbeid også her har kommunen arbeidsgiveransvaret (49 s.30).

2.3.3 Jordmor er ansatt i RHF som selger jordmortjenester til kommunen

Dette er et avtalebasert samarbeid med aktuelle kommuner om kjøp av tjenester. Jordmødrene er ansatt i RHF. De jobber delvis på sykehus og delvis ute i kommunen. Denne modellen praktiseres enkelte steder Utleie av jordmor fra helseforetak til kommunen er mest benyttet i Nordland, Hedmark og Troms. Åtte prosent av Norges kommuner tilbyr denne tjenesten. Helseforetaket har ansvar for svangerskaps-, fødsels- og barselomsorg. Jordmødrene er ansatt i helseforetaket. Kommunen kan kjøpe eller leie jordmortjenester av helseforetakene. Jordmor praktiserer i nærmiljøet og ofte på helsestasjon hvor hun samarbeider med fastleger,

spesialisthelsetjenesten og ulike faggrupper i den kommunale helsetjenesten (40 s.16. 49 s.29).

Under denne organisering har jordmor ett ansettelsesforhold hvor hun har anledning til å utnytte mer av sin kompetanse. Når hun jobber delvis i kommunen med svangerskapsomsorg og delvis i klinikken på føde og barsel avdeling bruker hun hele sitt fagfelt. Dette er i tråd med politiske innsatsområder, hvor det presiseres at det er ønskelig at det sikres god ressursutnyttelse ved at jordmor gir tilbud som utnytter deres samlede kompetanse (49 s.27). Modellen understøtter helhetlige pasientforløp. Tjenesten er organisert slik at jordmor har faste dager hvor hun jobber i kommunen og i klinikken. Dette betyr i praksis at bruker vil kunne ha en teoretisk mulighet for å treffe samme person under svangerskaps-, fødsels- og barseltid.

I Tromsø har Universitetssykehuset Nord-Norge (UNN) og Tromsø kommune i samarbeid etablert et jordmorsenter som er tilknyttet en forsterket helsestasjon. Jordmødrene er ansatt ved UNN og kommunen kjøper jordmortjenester derfra. Jordmødrene arbeider i turnus både ved jordmorsenteret og ved føde/barsel på UNN. I Tynset samarbeider kommunen og helseforetaket ved at kommunene i fjellregionen sammen leier jordmortjenester fra sykehuset. Det dreier seg om 1,1 stilling på til sammen 7 kommuner. Da det viste seg vanskelig å skaffe jordmor til enkelte bydeler i Oslo, ble det i 1996, etablert et samarbeid mellom Ullevål Sykehus og bydel Søndre Nordstrand. Jordmødre ble utleid fra Ullevål og tilknyttet to av bydelens helsestasjoner. Tjenesten organiseres i sin helhet av helseforetaket, hvor bydelen faktureres for tjenesten i form av tiden som er brukt (49 s. 30).

2.3.4 Jordmorstyrte enheter underlagt RHF

Flere regionale helseforetak har som alternativ til den tradisjonelle fødselsomsorgen åpnet for å differensiere tilbudet til friske gravide med lav risiko for komplikasjoner. Dette har skjedd i tråd med at stortinget har gått inn for at fødselsomsorgen generelt skulle differensieres ved seleksjon og lavrisikotilbud (51). Det er opprettet flere tilbud om jordmordrevet fødestuer. Differensieringen gjøres ved at det opprettes jordmorstyrte enheter som har ansvar for ukompliserte og normale forløp, mens spesialistenheter har ansvar for kompliserte forløp. Moderne fødselshjelp har gitt store helsegevinster for mor og barn, men det har også ført til at normale fødsler har blitt håndtert som risiko hendelser, hvor medisinsk intervensjon i etterkant har vist seg uheldig (43).

I 2007 åpnet Føderiket som er underlagt Rikshospitalet. Tilbudet gis primært til friske gravide med tidligere normal fødsel og er ment som ett alternativ til den tradisjonelle fødselsomsorg på sykehus. I skrivende stund er dog dette fødetilbudet bestemt nedlagt av styret ved Oslo universitetssykehus (OUS). Det er flere jordmordrevne fødestuer i Norge og mange har blitt opprettet som ett alternativt tilbud fordi det har vært store geografiske avstander mellom hjem og fødeavdeling/kvinneklinnikk (49 s.43-45).

Fødestuene gir tilbud om oppfølging under svangerskapet, fødselshjelp og den første tiden etter fødselen. Tilbudet er mer helhetlig enn det ordinære fødetilbudet hvor en normalt forholder seg til flere ulike faggrupper og aktører. Dette er i tråd med stortingsmeldingen “ En gledelig begivenhet”. Jordmor får med denne organiseringen bruke sin fulle kompetanse og således utnytte flere resurser. Tilbudet er mer forutsigbart for bruker og forhold mellom bruker og tilbyder av tjenesten blir derved mer personpreget. Fordi tilbudet er jordmordrevet er det ikke lagt opp til medisinsk intervensjon. Det betyr i praksis at kvinnen ikke får tilbud om medikamentell smertelindring under fødsel. Risikogravide og kvinner med planlagt sectio blir ekskludert.

Tidligere har forsterkede fødestuer vært ett tilbud for kvinner som bor i distriktene. Disse fødestuene ble regnet som en mellomting mellom jordmorstyrte fødestuer og vanlige fødeavdelinger. De ble ledet av jordmor og hadde i tillegg gynekolog eller kirurg i beredskap for hasteseccio. Helsetilsynet rapporterte om uhensiktsmessige hendelser og at krav til faglig forsvarlighet innen dagens fødselshjelp ikke kunne tilfredsstilles på forsterkede fødestuer. Det ble påpekt at selekteringsgrunnlaget var vanskelig med tanke på krav til antall fødsler årlig, som tidligere har vært ansett som nødvendig for eksistens. Drift var vanskelig fordi det var få kvalifisert personale og manglende mengdetrening med akutte situasjoner var problematiske (43). Helsedirektoratet anbefaler fødeinstitusjoner å nedlegge forsterkede fødestuer. Fødestuene som er jordmorstyrte i og utenfor sykehus dokumenteres som et trygt og godt fødetilbud (26. 35). Det er anbefalt at forsterkede fødestuer skal gjøres om til jordmordstyrte fødestuer (35 s.38).

2.3.5 Privat praktiserende jordmortjeneste

Kommunene skal i henhold til kommunehelsetjenesteloven § 1-3 ha en jordmortjeneste og et helhetlig tilbud om svangerskapsomsorg. Dersom kommunen ikke har organisert egen jordmortjeneste kan de inngå avtale med privatpraktiserende jordmødre med kommunal driftsavtale. Trygderefusjonen, som ellers ville gått til kommunen som arbeidsgiver, går da direkte til jordmor. Ordningen omfatter svangerskapskontroller, veiledning i familieplanlegging og fødselshjelp/følgetjeneste ved fødsel utenfor institusjon. Det gis stønad etter takster fastsatt av Helse- og omsorgsdepartementet. Slike driftsavtaler har vist seg vanskelig å få. Jordmødre i privat praksis uten driftsavtale er berettiget til refusjon for fødsel utenfor institusjon og følgetjeneste. Refusjonstakstene for jordmødrene er begrenset, de dekker ikke alle oppgaver som naturlig hører inn under svangerskapsomsorgen. Kurs, rådgivning og telefon konsultasjoner dekkes blant annet ikke. Den gravide må derfor betale en egenandel. Fordi driftstilskudd i prinsippet ikke gis, er det kun et fåtall jordmødre som driver privat praksis i dag. De som praktiserer etter denne modellen tilrettelegger for hjemmefødsel for kvinner som ønsker det. Organiseringen av tjenesten gir god kontinuitet gjennom svangerskaps-, fødsels- og barseltid fordi omsorgen primært gis av en person. Jordmor som driver etter denne modell, bruker hele sin kompetanse. Det er vanskelig å leve av denne tjenesten, derfor vil de fleste som tilbyr private jordmortjenester også ha arbeidsforhold i det offentlige. (36 s.30. 40 s.26. 49 s.26-28. 60)

2.3.6 Dansk modell

Jordmortjenesten i Danmark er organisert i jordmorsentre hvor jordmødrene jobber både i svangerskapsomsorgen og i fødeinstitusjonene. Det er de ”regionale sundhetsvæsen” som har det overordnede ansvar for tjenesten. Nasjonale anbefalinger i Danmark råder jordmødrene til å organisere seg i grupper som skal ha ansvar for gitt antall kvinner basert på geografiske forhold. Jordmor har sammen med praktiserende lege ansvar for å sikre en sammenheng og kontinuitet i omsorgen. Hun skal differensiere omsorgen til riktig nivå og involvere andre faggrupper etter behov. Det innebærer gode systemer både for informasjon flyt og bistå til at kvinnen møter en kjent jordmor under fødselen. Jordmor har ansvar for oppfølging av kvinnen og barnet den første uken etter fødselen, etter det blir helsesøster den primære kontakt.

I Danmark deles svangerskaps-, fødsels- og barselomsorgen inn i 4 ulike nivåer avhengig av risiko for komplikasjoner og sykdom. På nivå en, dreier det seg om friske gravide uten risikofaktorer, mens på nivå fire er det høy risiko hvor man antar at det er behov for spesialisthelsetjenester også etter fødselen.

Det er i Danmark fritt sykehusvalg. Kvinnen kan velge fødested innen sin region avhengig av fødestedets kapasitet til å ta i mot. De store fødeinstitusjonene tar ansvar for de fleste fødslene og har en overordnet funksjon som kan være landsdekkende eller regional. Det finnes også tilbud for hjemmefødsler og jordmorledet fødeklinikk. Selv om det bare er 1-2 prosent planlagte hjemmefødsler har det ”regionale sunnhetsvæsen” plikt til å tilrettelegge dette tilbudet for kvinner som ønsker å føde hjemme (49 s.75-76. 54 s.103-108. 55 s.29).

2.3.7 Svensk modell

I Sverige legges det opp til at alle kvinner skal føde på sykehus. Mindre enn en promille føder hjemme. Det er ikke etablert jordmorstyrte fødeenheter i eller utenfor institusjon men det finnes avdelinger i institusjonene som er beregnet for lavrisikofødende. Her tilstreber man kontinuitet gjennom svangerskaps-, fødsels- og barseltid. Kvinnen har som i Norge og Danmark rett til fritt sykehusvalg innenfor sin region med begrensinger på kapasitet. Sverige har etablert nasjonale retningslinjer både for svangerskaps-, fødsels- og barselomsorg

Sverige organiserer primært sin svangerskapsomsorg inn under primærhelsetjenesten på ”mødrevårdsentralen” som kan sammenlignes med den norske helsestasjonen.

Svangerskapsomsorgen kan også være organisert i jordmorsentra, som administreres under en kvinneklinikk. Private aktører finnes også som tilbud. Tjenesten er gratis og kvinnen velger selv hvor hun ønsker oppfølging. I motsetning til Norge og Danmark utføres svangerskapskontroller til friske gravide uten risiko for komplikasjoner hos jordmor. Risikogravide følges opp av obstetrikere og jordmor. Allmennpraktikeren har liten eller snarere ingen plass under svangerskaps-, fødsels- og barselforløpet. Helsesøster er familiens primærkontakt fra omkring en uke etter fødsel. ”Mødrahelsovård” blir beskrevet som

forebyggende helseomsorg til kvinner. Virksomheten innbefatter prevensjonsrådgivning, gynekologisk helsekontroller med cytologi og forebyggende oppsøkende virksomhet. Jordmor har derved oppfølging, rådgivning og omsorg for kvinner også utenom graviditet. Mødrahelsevård er tilknyttet landstingen, men kan også drives i privat regi (49 s.76-77. 66).

2.4 Organisasjonsteoretisk blick på jordmortjenesten

Det finnes ulike måter å organisere jordmortjenesten på. I denne delen av oppgaven går jeg inn i teoretiske modeller og hvordan de kan relateres til dagens organisering.

Formålet med denne teoretiske gjennomgangen av ulike organisasjonsmodeller er å gi en oversikt over allmenne kjennetegn for lettere å kunne forstå kompleksiteten og bakgrunnen for de ulike organisasjonsformer. Organisasjonsformer jeg har benyttet er byråkratorganisasjon, ekspertorganisasjon, gruppeorganisasjon og entreprenørorganisasjon.

2.4.1 Byråkratorganisasjon

En byråkratorganisasjon er kjennetegnet ved tydelige autoritetshierarkier med mange ledd. Arbeidsoppgavene er spesialisert og preges av formaliteter. De er stabile og arbeiderne i organisasjonen har ofte livslange karrierer innen systemet. Byråkratorganisasjoner er kjent for å være forutsigbare, etterrettelige og likebehandlende. De har ofte innarbeidede rutiner som gjør at de leverer innarbeidede løsninger relativt raskt. Det anses svært viktig å ivareta organisasjonens rutinemessige virksomhet og hindre avvik. Administrasjonsrollen er svært sentral. En viktig rolle i byråkratiske organisasjoner er å beskytte og rettferdiggjøre sin eksistens. Organisasjonen styres ved at regler og prosedyrer læres, tolkes og brukes. Reduksjon av usikkerhet er en viktig del av den byråkratiske arbeidsform. Regler med klare grenser er viktigere enn skjønnsutøvelse og spontanitet.

Byråkratorganisasjoner har en tendens til at lavere ledd på samme nivå ikke har direkte kontakt med hverandre, men går gjennom overordnede ledd. Usikkerhet og konflikter blir som regel skjøvet oppover i organisasjonen. Den hierarkiske ordningen gir grunnlag for autoritetsutøvelse, men bare på det de feltene der det er formelt grunnlag for det. Det vil være en tilbøyelighet for at informasjon ikke rekker fram til de øverste ledd fordi det filtreres vekk på veien. Kommunikasjon har en tendens til å foregå i formelle former og ofte skriftlig. Innenfor disse organisasjonene ønsker mange på lavere ledd å ha en større frihet og uavhengighet til å styre egen arbeidsprosess uten innsyn av leder.

Ledere i en byråkratorganisasjon beskriver ofte at de i sitt arbeid er gitt lite rom for skjønnsutøvelse og har sterk grad av instruksregulering. Praksis utvikler seg historisk, ofte til formelle ordninger som det er vanskelig å rokke ved. Omgivelser setter sitt avtrykk på organisasjonen og binder den til å opprettholde omverdens oppfatninger av den (17 s.263-264).

2.4.2 Ekspertorganisasjonen

Ekspertorganisasjonen karakteriseres gjerne som en organisasjon som er lite hierarkisk, hvor det er arena for fagspesialisering og fagautonomi. De behandler komplekse problemer og er orientert mot løsninger for eksterne parter. Et typisk kjennetegn er at flertallet av de ansatte har en status som de har fått som selvstendig yrkesutøver og ikke nødvendigvis gjennom den organisasjonen de arbeider i. De har fått sin status fordi de er spesielt dyktige til enkelte oppgaver som organisasjonen skal ivareta. Yrkesutøver bruker organisasjonen de jobber i som serviceapparat og som ramme for sin yrkesutøvelse. Det er ikke uvanlig at arbeidstakere har monopol på å utføre arbeide. Andre som ikke er sertifiserte får ikke utføre samme arbeidsoppgaver. De er profesjonaliserte hvor de fleste har offentlig godkjenning med en beskyttende tittel som forplikter overfor det offentlige. De profesjonelle er som regel selvgående med hensyn både til mål og midler og trenger derfor lite instruks. Kunnskap på hva som er riktig befinner seg hos den som utfører de faglige tjenestene. Denne kunnskapen kan være tilgjengelig for kollegaer, men hierarkisk overordnede har mindre tilgang og forståelse for kunnskapen. Dette gjør at veiledning og resultatorientering snarere kommer fra kolleger eller andre profesjonelle framfor en hierarkisk overordnet person. Den viktigste styringsmekanismen blir således den felles trainingen ekspertisen har i sitt fag.

Ekspertorganisasjoner er gjennom budsjettammer og målstyring underlagt administrative styringssystemer gjennom et hierarki utenpå eller på siden av "produksjonsenhetene". I sykehus har særlig total kvalitetsledelse og kontinuerlig forbedring i form av intern kontroll fått økende innpass de senere årene.

Den administrative ledelse oppleves ofte som fremmed og lite ønskelig hos de profesjonelle. Det kan være dilemmaet mellom fagfolkenes ønsker, behov og den hierarkiske myndigheten som organisasjonen er underlagt. Autoriteten opparbeides gjennom faglig legitimitet og ikke nødvendigvis som følge av lederverv. Ledelsen store utfordring er derfor å få ansatte med seg. Utfordringen til ledelsen er å beskytte den faglige frihet under tydelige normer, samt å legge til rette for kollegial samhandling. Videre ses det på som viktig å opprettholde den faglige standard via veiledning, finne og stimulere talenter, få medarbeidere til å akseptere innovasjoner, samt kanalisere brukerkrav og oppsummerende prestasjonsmål for yrkesutøvere. Ledelsens hovedoppgave blir å legge de sosiale og organisatoriske forutsetninger til rette for at fagpersonen skal få utløse sine krefter i den retning som både fellesskapet og oppdragsgivere er tjent med. Dette kan kun gjøres gjennom gjerninger som gagnar organisasjonen som helhet og forhandling med de ansatte (17 s.269-275).

2.4.3 Gruppeorganisasjon

Denne organisasjonsformen kjennetegnes av liten grad av formalisering og differensiering med en flat struktur. Tilblivelse og varighet av organisasjonen er ofte mer usikker enn byråkrat- og ekspertorganisasjoner. Mange er tenkt å være midlertidige ofte som prosjekter og arbeidsgrupper. Normer og sosialt press som styrings- og bindemiddel er ikke uvanlig. Gruppeorganisasjoner finnes både som selvstendige enheter og under ulike organisasjoner

som små enheter. I en formell organisasjon som en ekspertorganisasjon eller en byråkratisk organisasjon kan det være enheter som har gruppetrekk som det dominerende.

Det kan være vanskelig i en gruppeorganisasjon å være målrettet fordi ansvaret er vanskeligere å plassere. Gruppen kan bli mer opptatt av å beskytte seg selv og sin eksistens enn å bidra i store sammenhenger. Uklarheter, spenninger, sjalusi og intriger har større grobunn i dette tette felleskap enn i organisasjoner som har mer upersonlige ordninger. Gruppeorganisasjoner er åpne for mange prosesser, hendelser og resultater forutsigbarheten er ikke klar. Det er ofte ulike strømmer av løsninger, problemer og beslutningsarenaer. Deltakere blandes i en gruppeprosess hvor tidsrekkefølgen blir det viktigste mens den overordnede styring og rasjonalitet blir mindre viktig.

Manglende regulering, løse rammer og struktur gir gruppedeltagere store muligheter for spontanitet, vekst og utvikling. Samtidig vil den løse strukturen kunne skjule agendaer av mer personlig karakter som irrasjonale holdninger og ønske om rolletildeling. Dette kan føre til frustrerende prosesser og uproduktivitet. En spesiell fare for grupper er at de kan bli for homogene og tilslutt romme bare et stort menneske, eller de sensurerer avvikerne. Felles erfaring, kultur, oppfatning, tillitt og lojalitet kan gjøre gruppen mindre beslutningskompetent fordi det ikke er nok beslutnings grunnlag og analyse. Gruppeorganisasjoner har ofte et uformelt lederskap fordi det er basert på medlemmenes følelse av hva som er legitimt. Roller utdeles raskere i grupper enn i andre nevnte organisasjoner

Leders rolle vil gå ut på å vedlikeholde gruppen og eventuelt etablere den som en sosial enhet. Det vil være viktig å etablere gode relasjoner, skape samstemmighet og få oppslutning som mål. Det gjør at integrator rollen blir særdeles viktig. Gruppeorganisering skaper felleskap og støtte i tillegg til sosial kontroll. Når en integrerer ulikheter til større helheter og står samlet, vil usikkerhet overfor komplekse spørsmål reduseres. Medlemmene av gruppen har muligheter til å gjøre arbeidssituasjonen interessant og rik på oppgaver. (17 s. 276-285).

2.4.4 Entreprenørorganisasjonen

Entreprenørorganisasjonens typiske kjennetegn er den personlige, sterke og dominerende ledelse med teft for oppdagelse og forfølgelse av muligheter. Organisasjonen er utadvendt, mottakelig for forandringer og lite begrenset av formaliteter. Entreprenørorganisasjoner er som regel små, yngre med kortere og mer skiftende livsløp. Eieren og grunnleggeren er ofte lederen og hovedaktøren. Organisasjonen lever best i frihet til å satse og forfølge mål. Resultater teller mer enn alt annet. Det er vanlig å bruke belønning som styringsmiddel, metoder undertrykkes og ses på som sekundært. Det kreves stor personlig lojalitet av medarbeidere og organisasjonsform egner seg, i motsetning til gruppeorganisasjonen, dårlig inn under de store organisasjoner.

Ledelse er i stor grad et personlig prosjekt som er person identifiserbart. Dette sletter grensene mellom arbeid, fritid, posisjon, person, forretningsforbindelse, vennskap og fiendskap.

Entreprenører er flinke til å bruke sin fagkunnskap som salgbare varer eller tjenester (17 s.285-290).

2.5 Analyse av ulik organisering av tjenesten i lys av organisasjonsteori

Jeg vil sammenfatte ulike teoretiske organisasjonsformer med organiseringen av jordmortjenesten som er beskrevet. Jeg synliggjør likheter, ulikheter og kombinasjoner.

Organisering av tjenesten vil danne rammer for utøvelse og muligheter. Jeg ønsker å knytte denne teorien sammen med hvilke muligheter og begrensninger organisering av tjenesten vil ha for å utvikle tjenesten i retning av regjeringens målsetning om en bedre svangerskaps-, fødsels- og barselomsorg.

2.5.1 Jordmortjenesten i kommunen, en byråkratorganisasjon

Byråkratorganisasjon beskriver flere særtrekk som er lik den vanligste ordningen for svangerskapsomsorg som praktiseres i dag. Under denne organisering har jordmor stor faglig autonomi, men må administrativt forholde seg til mange overordnede ledd. Nærmeste administrative overordnede er som regel ledende helsesøster og kommuneoverlege. I tillegg er hun underlagt både den byråkratiske og politiske ledelse i kommunen, som bestemmer hvor bred og omfattende tjenesten skal være.

Jordmor har det faglige ansvar for innholdet i tjenesten, men plikter likevel å forholde seg til nasjonale offentlig godkjente retningslinjer og lovverket. I sitt daglige virke er det ofte hun selv som setter dagsorden. Hun har ansvar for å tilpasse regler og systemer som oppfyller de krav og mål som ledelsen har bestemt. Det er ikke uvanlig at jordmødre som jobber innenfor denne type organisering beskriver en stor distanse mellom beslutningstaker og utfører. Beslutninger og kommunikasjon har en tendens til å gå gjennom flere ledd. Det gir et tungrodd system og endringer tar tid (40). Ved signaler om innstramminger i budsjettet vil mye av arbeidstiden gå ut på å rettferdiggjøre sin egen eksistens. Således blir det også viktig å unngå feil og forstyrrelser som gjør at tjenesten kan komme i negativt lys. Jordmor står i et stadig dilemma mellom budsjett, måloppnåelse og kunne tilfredsstille pasientens behov best mulig. Rammene hun er gitt kan være strammere enn pasientene ønsker og behov. Det skaper ofte store lojalitets dilemma. Retningslinjene kan oppleves som et nyttig hjelpemiddel, men også som begrensninger utover det som oppleves ønskelig.

Jordmortjenesten i kommunen er lovpålagt, men loven sier ikke hvor omfattende eller innholdsrik tjenesten skal være, det knytter seg nå også usikkerhet rundt hva som vil skje dersom det etter forslag om ny lovgivning vil bli en profesjonsnøytralitet i lovverket (23. 34). En kartlegging av jordmortjenesten, viser at jordmødre som jobber innenfor denne organiseringen, beskriver tungrodd systemer som vanskelig lar seg forandre. De føler at de har liten påvirkningskraft på hvilke arbeidsoppgaver og kompetanseutvikling de får. Mange

sliter med at de ikke blir hørt fordi makten ligger utenfor egen yrkesgruppe og langt unna daglige praksis (40 s.11).

2.5.2 Jordmortjenesten i helseforetaket, en ekspertorganisasjon

Ekspertorganisasjonen finner vi innenfor helseforetakene og særlig ved organisasjonsformer som gir organisasjonen det hele og fulle ansvar. Jordmødre kan jobbe på helseforetaket både innenfor svangerskaps-, fødsels- og barselomsorg. I praksis benyttes dette tilbudet i dag ved at jordmødre driver poliklinisk svangerskapsoppfølging av gravide på sykehuset hvor den gravide får tilbud om fødsels- og barselomsorg. Hovedsakelig er tilbudet rettet mot gravide som trenger spesiell oppfølging. En del av personalet med en faglig spesial kompetanse som er tilegnet gjennom egen interesse, blir tildelt arbeidsoppgaver for å ivareta behovet til særskilte grupper. Det kan være kvinner med fødselsangst, diabetes, overvektige kvinner, kvinner med spiseforstyrrelser o.l. Det kan også være et differensiert tilbud for friske gravide som oppfyller visse kriterier. Fokus blir å sørge for problemløsning og skape en ekspertise hvor positive resultater vektlegges.

Spesialisten må forholde seg til ledelsen og administrasjon i organisasjonen for å kunne eksistere i form av rammer og budsjetter. Gjensidig avhengighet eksisterer fordi tilbudet blir sterkt personpreget og avhenger av at personen fortsetter sin tilknytting i organisasjonen, noe som lett gjør organisasjonen sårbar. Helseforetak innenfor regionen har de senere år utviklet seg mer og mer i denne retningen. Ekspertisen er fordelt mellom ulike helseforetak. Det er omtalt tidligere i oppgaven, hvor jeg har beskrevet en fødselsomsorg som er inndelt etter ulike nivåer (Kap.2.2.2).

2.5.3 Jordmorstyrte fødestuer som er underlagt RHF, en gruppeorganisasjon

Gruppeorganisasjon innen svangerskaps-, fødsels- og barselomsorgen i Norge har blitt mer etablert etter at differensiert fødselsomsorg ble en politisk målsetting. Små fødeenheter underlagt større organisasjoner finnes nå flere steder i det norske fødetilbudet (49 s. 45). Rikshospitalet åpnet fødestuen Føderiket i 2007, som ligger fysisk plassert utenfor sykehuset i Pilestredet Park i Oslo sentrum. Fødestuen er drevet av 9 jordmødre som er underlagt kvinneklinikken Rikshospitalet. Jordmødrene har felles interesse av å opprettholde og ivareta den normale fødsel.

Føderikets mål og visjoner er å skape kontinuitet, kompetanse, god kommunikasjon, tilgjengelighet, trygghet og tillit ved å støtte kvinnen og hennes familie i troen på egen fødekraft. Dette ivaretas gjennom at kvinnen får frihet til egne valg og tid til ro for å skape gode opplevelse i forbindelse med fødsel. Føderiket skal utvikle mer kunnskap om den normale fysiologiske fødsel. Det overordnede mål var at føderiket skulle bli et nasjonalt kompetansesenter for den normale fysiologiske fødsel. Føderiket var ett prøveprosjekt som i første omgang skulle gå over 5 år. De hadde et mål om å ta 300 normale fødsler i året (62).

Etter at Rikshospitalet, Aker og Ullevål universitetssykehus ble slått sammen til Oslo Universitetssykehus 1. januar 2009, ble debatten om Føderikets eksistens mer tilspisset, allerede den 30/4-08 sto det i dagens medisin “Et alternativt tilbud for fødende kan bli nedlagt i Oslo” (3). Stadig trusselen om nedleggelse har medført at Føderiket har bruker mye energi på å opprettholde sin eksistens. Når jeg søkte opp Føderiket på nettet fikk jeg over 1200 treff. Mange av treffene gikk på hvor bra og unikt dette tilbudet er. På Føderikets hjemmesider finnes også ulike positive artikler om fødetilbudet ved føderiket og Føderiket har vært hyppig debattert i media. Likevel er det i skrivende stund, vedtatt av styret for Oslo universitetssykehus at Føderiket skal nedlegges og at tilbudet som i dag gis der skal flyttes til ABC klinikken på Ullevål. Liknende gruppeorganisasjoner finnes som et differensiert tilbud også innen andre helseregioner som Storken i Bergen, ABC klinikken på Ullevål og Fødeloftet i Stavanger (49 s.45).

2.5.4 Privatpraktiserende jordmor, en entreprenørorganisasjon

1. mai 2004 kom forskrift om stønad fra folketrygden til dekning av utgifter til jordmorhjelp (32). Da fikk også privatpraktiserende jordmor refusjon. Det er få kommuner som har inngått driftsavtale med jordmor i privat praksis (40 s.26). Noen privatpraktiserende jordmødre har etablert seg. De praktiserer i sentrale strøk og i distriktene (60). Krav til fortjeneste og gode resultater gjør at refusjonen fra folketrygden ikke dekker alle kostnader for at dette tilbudet skal være levedyktig. Det medfører at kvinnen må betale en del selv. Jordmødre som jobber under denne organiseringen tar ofte ansvar for svangerskaps-, fødsels- og barselomsorg.

2.6 Konklusjon

Jeg har gitt en historisk beskrivelse av hvordan tjenesten har vært, hvordan den er i dag, og kan organiseres. Gjennom tidsepokene har jeg vist tjenesten framvekst og de dilemmaer tjenesten har stått ovenfor. Det historiske perspektivet viser at omsorg under graviditet, fødsel og barsel alltid har vært fordelt mellom mange aktører og at tilfeldigheter har vært avgjørende for dens utforming. Det historiske perspektivet har hatt mye å si for hvordan tjenesten organiseres i dag. Det viser dens rigiditet og bakgrunn for hvorfor faglige anbefalinger vanskelig lar seg gjennomføre. Ulike profesjonskamper har hatt stor betydning. Jeg har tatt for meg ulike grunner for hvorfor det er ønskelig med en endring av dagens organisering. Utgangspunktet har vært politiske målsettinger som er beskrevet i St.meld. nr.12 (2008-2009)

Jeg har ut fra politiske målsetninger og ekspertutredninger klargjort hva som kan være en god organisering av svangerskaps-, fødsels- og barselomsorg, og beskriver ulike modeller for organisering av jordmortjenesten. Jeg finner negative og positive sider som jeg setter opp mot nasjonale mål og teoretiske organisatoriske tradisjoner.

Med denne gjennomgang og fordypning viser jeg at de aktuelle organisatoriske modeller som benyttes i svangerskaps-, fødsels- og barselomsorg, har ulike egenskaper og ulike mangler. Samtidig viser jeg en problemstilling som er svært kompleks fordi utfordringer som geografi demografi og tradisjoner har betydning for organisering av tjenesten. Organisatoriske

modeller som er karakterisert som vellykkede i ett distrikt eller i andre skandinaviske land, kan være vanskelig å overføre til Norske forhold. Ulike land og distrikter byr på mange uforutsette ulikheter. Det viser at å finne den beste organisatoriske modell er vanskeligere enn jeg kunne se da jeg startet med oppgaven.

3 Aktørenes syn på ulike organisatoriske modeller

I denne delen av oppgaven ønsker jeg å få svar på ulike spørsmål som er knyttet til organisering av jordmortjenesten. Jeg har derfor foretatt en kvalitativ analyse, hvor jeg stiller spørsmål om:

- Hvordan ulike aktører ser på egen og andres organisering av tjenesten
- Hvilke fordeler og ulemper ulike organisasjonsformer har
- Hvilken organisasjonsform som er sett på som “beste” praksis for å imøtekomme politiske kvalitetskrav og målsettinger
- Hvordan kvaliteten, innholdet og kontinuiteten i tjenesten kan bli bedre

3.1 Valg av metode

Det viser seg å være vanskelig og komplekst å gjøre studier i helsesektoren som viser om en type organisering gir større helsegevinst enn en annen. Juridiske forhold knyttet til taushetsplikt og personvern gjør at det finnes få offentlige register som viser kvaliteten på fødselsomsorgen. I Norge brukes medisinsk fødselsregister, men eneste måling som i dag knyttes til kvalitet i fødselsomsorgen er sectiofrekvens (64). Andre skjevheter når kvalitet skal måles er at ulike instanser ikke leverer samme tjeneste og har ulike brukere. Som eksempel nevnes føderiket som bare tar imot friske gravide.

Undersøkelser som skal vise tilfredshet blant brukere av tjenesten, viser seg å være ressurskrevende og vanskelig å måle, fordi tilfredshet er en sammenlikning mellom de forventninger man har og det man faktisk opplever (5). Det er knyttet stor usikkerhet til hvor stor validitet og pålitelighet slike undersøkelser gir. Forskjeller på pasientenes forventninger og utfallet av fødselen vil være avgjørende for hvor tilfreds den enkelte er. Videre kan engstelse for at kritikk vil føre til uheldige konsekvenser gi uriktige data og være en belastning for pasienten (4. 6. 15).

På bakgrunn av dette har jeg i denne oppgaven fokusert på fagpersoners synspunkter og erfaringer med ulike organisatoriske modeller av jordmortjenesten. Jeg har valgt denne gruppen fordi de representerer organisasjonene, de kjenner til systemer og prosedyrer, og har personlig kontakt med brukere. Jeg tror det er viktige forutsetninger for å kunne se hvor “skoen trykker”. Målet var å finne hvilken modell som fagpersonell mener best egner seg til å oppfylle regjeringens krav i henhold til St. Meld. Nr.12.

Valg av metode er dybdeintervju av jordmødre som jobber innenfor ulik organisering. Det har vært viktig at intervjuobjektene har kunnet sammenlikne ulik organisering, slik at både positive og negative sider ved organiseringen har kommet fram. Derfor har jeg gjort bevisste

valg ved å intervju jordmødre med lang og bred erfaring i faget. Intervjuets lengde har vært varierende. Noen har vart i opptil en time, mens andre har vart tjue minutter. Spørsmålene skulle knyttes til nasjonale framtidige mål og visjoner for svangerskaps-, fødsels- og barselomsorgen. Temaer som kontinuitet, innhold og kvalitet var sentrale. Den enkelte jordmors påvirkning på beslutninger ble også etterspurt for å se om beslutningsinnflytelse varierte innen de ulike organisasjonsformer. Intervjuguiden kan leses i sin helhet i vedlegg.

Jeg mener den kvalitative metode egnet seg godt i dette studiet fordi jeg hadde ønske om å gå i dybden. Da kunne jeg få fram hvordan representanter for de ulike organisatoriske modeller så på egen og andres praksis. Det har vært sentralt fordi jeg alltid har undret over hvorfor de ulike instanser har lange tradisjoner med tilfredsstillende samhandling (49 s.7-8). Jeg har stilt åpne spørsmål og ikke vært opptatt av at alt skulle besvares. Jeg har latt intervjuobjektene få tale fritt og spontant om det de var opptatt av. Det har gitt meg opplysninger som trolig ellers ikke ville kommet fram. Det har vært vanskelig å sammenlikne svarene fordi noen spørsmål ikke er besvart av alle. Jeg velger å tolke dette som at enkelte tema er unnlatt fordi de ikke vært av særskilt interesse for mottaker. Samtlige har fått spørsmål på slutten av intervjuet om det er noe mer de har ønsket å si.

Jeg tok kontakt med de utvalgte jordmødrene via e-post og telefon, hvor jeg beskrev oppgavens problemstilling med eksempler på spørsmål som jeg ville stille. Intervjuene ble utført av meg. De utvalgte jordmødre representerte ulike organisasjonsformer. De er listet opp i første del av oppgaven (kap.2).

Intervjuene ble gjort på jordmødrenes arbeidsplass i deres arbeidstid. Jeg brukte programmet Audacity² Jeg kjente til programmet da jeg tidligere i studiet brukte det under forelesninger i kvalitativ metode. Alle intervjuene ble skrevet ordrett av og senere transkribert. Selv om enkelte ord har vært vanskelig å tyde opplevde jeg ikke lydkvaliteten dårlig, det skyldes noe bakgrunnsstøy. Jeg ser på kvaliteten av intervjuene som tilfredsstillende da det kun har vært ett og annet uklart ord.

Videre i oppgaven omtales jordmor som følgende:

- Intervju objekt nr. 1. Ansatt og har sitt virke i helseforetak. (Foretaksjordmor)
- Intervju objekt nr. 2. Ansatt og har sitt virke i kommunen. (Kommunejordmor)
- Intervju objekt nr. 3. Ansatt i helseforetak, har sitt virke delvis i helseforetak og delvis i kommune. Helseforetaket har det administrative ansvar og selger tjenesten til kommunen. (Foretak og kommune jordmor)
- Intervju objekt nr. 4. Ansatt i helseforetak, har sitt virke i jordmordrevet fødestue som er lokalisert utenfor helseforetaket. (Fødestue jordmor)

² <http://audacity.sourceforge.net/>

- Intervju objekt nr. 5. Er selvstendig næringsdrivende jordmor og jobber for seg selv.
(Selvstendig næringsdrivende jordmor)

3.2 Resultater

3.2.1 Fagpersonellets syn på organisering av jordmortjenesten

Mitt første spørsmål var å beskrive fordeler og ulemper ved måten de organiserer sin tjeneste på. Alle omtalte og beskrev fordeler i egen organisasjon. Lokalisering var viktig for dem alle. Noen mente nærhet til sykehus var en fordel, mens andre mente at det var en fordel å være lokalisert utenfor sykehus.

“Fordelene er jo at vi er nær behandlersted, ikke sant. Vi er organisert rent fysisk rett utenfor fødeavdelingen. Det ser vi på som en veldig stor fordel, vi har jo de samme legene som er inne i avdelingen. Som er ute på poliklinikken” (Foretaksjordmor s.1 lj.9-12).

“Det første jeg tenker er fordelene med måten vi er organisert på, det er jo – vi er jo nær brukeren. De tar kontakt med oss og bestiller time hos oss. Eh- så opplever jeg at vi er lett tilgjengelige for brukerne ” (Kommunejordmor s.1 lj.9-12).

“Og det sier de jo også alle som kommer hit. Det er noe helt annet, det er en ro. De kommer her, og det er ikke noe stress og mas. Og det er ikke sykehus. Det er ikke belysningen og gangene og masse mennesker som går inn og ut” (Fødestue jordmor s.5 lj1-4).

“Fordi jeg gjør jo også kontroll i hjemmet. Sånn at de samtaler som foregår i forhold til fødselsforberedelse hjemme, synes jeg er av en helt annen kvalitet, enn når de kommer til meg” (Selvstendig næringsdrivende jordmor s.8 lj.35-38).

Andre fordeler som kom fram av intervjuene var å ha en arbeidsgiver i stedet for to, kontinuitet i tjenesten, totalomsorg og å kunne utnytte hele sitt fagfelt. Kjennskap til behandlersted og tverrfaglig samarbeid med helsesøster ble omtalt som viktig.

De fleste var svært positive til sin egen organisasjonsform, negative faktorer ble lite omtalt. Ulemper som ble kommentert var vanskelige arbeidsforhold på grunn av arbeidstid, dårlig næringsgrunnlag og usikkerhet for kvinnene dersom det skulle oppstå uforutsigbare situasjoner som kunne medføre at kjent jordmor uteble. Ellers framkom ventetid for pasientene dersom det oppsto akutte situasjoner på fødeavdelingen. Flere kommenterte ingen ulemper vedrørende egen organisering, en sa:

“Ja, hm. Eh ulempen er ja... Jeg synes det er litt vanskelig å se akkurat den direkte ulempen i den måten vi er organisert på altså. Det har jeg ikke tenkt på” (Kommunejordmor s.1 lj.30-32).

Ulemper vedrørende andre måter å organisere tjenesten, ble kommentert av flere.

“Så kanskje når de gravide kom for å føde, skulle de kunne treffe en av de kjente i løpet av tiden de var i sykehuset. Det har jo, viste seg ikke være så lett det. Så jeg vet ikke. For det er jo såpass mange jordmødre som jobber der, at det å få til kontinuitet på sykehuset, det er... Jeg tror faktisk det er lettere i kommunen. Der blir man fulgt opp av en jordmor i svangerskapet” (Kommunejordmor s.4 og 5 lj.50-5).

“Ja, sånn som de har på føderiket. Men, eh. Det tror jeg er veldig ressurskrevende og vanskelig å få til. Eh, altså systemet med turnuser og at folk ønsker å ha fri (kommunejordmor s.5. lj.13-15).

“På sykehuset tror jeg at man har en tendens til å...At da...Er det lite folk på fødegangen da, så er det jordmor på poliklinikken som blir tatt til de fødende. Så vil det gå ut over de gravide med kontrollene” (Kommunejordmor s.4 lj.24-27).

“Men, men jeg tenker at det...Jordmødre andre steder, jeg tror ikke at de gjør noe dårligere jobb, men, men jeg tenker at akkurat det her gjør at de får en høyere kvalitet på det” (Foretak og kommunejordmor s.2 lj.1-4).

“Hvis det er noe i svangerskapet, altså kontra det å sitte på en helsestasjon, så, så kjenner ofte ikke sykehuset meg, eller det er liksom så langt fra hverandre. Her sitter vi veldig tett på hverandre. Det er rask tilgang til førstelinjetjenesten”(Fødestue jordmor s.2 lj.32-35).

“Men jeg må jo si at dette her er jo veldig nært opp til den helhetlige tjeneste som følger opp alle tre. Du kan aldri få til det samme på en helsestasjon, på samme måten, tenker jeg. Altså du kan være... Gå til den samme jordmor på helsestasjonen, men så blir det en annen til fødsel, og så er det helsesøster på tredje part når du kommer tilbake igjen. Det blir ikke helt det samme altså, det gjør ikke det” (Fødestue jordmor s.9 lj.1-6).

“Ja, altså en gang i tiden trodde jeg på kommunejordmortjenesten. I sin nåværende form og etter veldig mange år, så kan jeg ikke si at jeg tror noe mer på den”(Selvstendig næringsdrivende jordmor s.23 lj.32-33).

“Riktig behandling på riktig sted. Ja, altså det må jeg bare si at det har vi ikke klart her i Norge. Det er aldeles helt galskap. Og jeg synes det er merkelig at vi fortsatt klarer å tro at det skal være sånn. At vi har så mange og brorparten av fødslene våre på disse store sykehusene, med dyr bemanning situasjoner, ikke sant? Helt merkelig! (selvstendig næringsdrivende jordmor s.21 lj.10-13).

3.2.2 Syn på kvalitet og innhold i tjenesten

På spørsmålet om kvaliteten og innholdet av tjenesten som ble levert, opplevde jeg at noen kunne dokumentere og beskrive kvalitet bedre enn andre. Noen sa at de trodde og håpet at kvaliteten var bra. Det var basert på at det virket som kundene var fornøyde eller at de hadde

få klager og at jordmødrene hadde lang erfaring i sitt virke. Andre kunne vise til statistikk og data som kunne vise mer konkret innhold og kvalitet på det tilbudet de leverte. Noen hadde rutinemessig oppfølging hvor tilbakemeldinger fra brukere var sentralt. Det viste seg at organisasjoner, som var avhengig av brukerens tilfredshet for å overleve, hadde bedre og tydeligere systemer for datasamling som gikk på kvalitet enn andre.

“Men jeg føler at jeg utnytter tiden bedre. Jeg slipper å bruke tiden til statistikker, for det gjør kontordamen” (Foretak og kommune jordmor s.1 lj.30-32).

“Nei, jeg tenker at her er det ikke nødvendig å påvirke, påvirke eller gjøre noe” (Foretak og kommune jordmor s..6 lj.36).

“Vi dokumenterer alt vi gjør. Fordi dette er et prosjekt, så legger vi også alle fødslene inn i et statistikk program. Det er 60 variabler som vi noterer ned og skriver ut. Så vi er til enhver tid oppdatert på hva som foregår her” (Fødestue jordmor s.5 lj.29-32).

“Vi ønsker å synliggjøre tjenesten vår, vi holder ikke noe hemmelig. Vi ønsker å dele med andre hvordan vi jobber, hvordan det er å jobbe på denne måten. Eh, synliggjøre tallene våre, presentere tallene våre, melde oss på konferanser, hvor vi kan presentere oss selv” (Fødestue jordmor s.5 lj.32-36).

“Og vi har jo faglige møter annen hver måned, nei jeg mener ikke annen hver måned, men annen hver uke. Hvor vi tar opp faglige diskusjoner. Har det vært noe spesielt, så tar vi det opp på møte” (Fødestue jordmor s.5 lj.35-37).

“Vi går liksom veldig inn i ting, i alt. Så jeg føler det altså, at det er ...Og det er ingen her, for vi vet at vi er et sykehus, altså en fødestue på et sykehus og at folk ser på oss med argusøyne og bare venter at det skal skje et eller annet” (Fødestue jordmor s.5 lj.44-47).

“Man må jo også selvfølgelig da etter hvert, da når man får noen tall og egne erfaring da. At man tørr å gå ut å fortelle at greit nok, men min erfaring tilsier at...” (Selvstendig næringsdrivende jordmor s.13 lj.12-14).

Jeg stilte spørsmålet : ”Du har altså materiale som du kan bruke? Statistikker og dokumentere”?

“Ja” (selvstendig næringsdrivende jordmor s.13 lj.26-30).

Nasjonale retningslinjer for svangerskapsomsorgen og helseforetakets prosedyrer ble brukt av alle. Jordmødrene opplevde enkelte ganger at prosedyrene var ulike mellom helseforetakene. Dette opplevde de frustrerende. Det var også stor variasjon på hvor mye ressurser som ble brukt til fagutvikling og hvor robuste fagmiljøene rundt den enkelte jordmor var. Jeg opplevde at jordmor som jobbet i kommunen/bydelen og selvstendig næringsdrivende hadde minst ressurser til faglig påfyll.

“Fagdag? Eller, altså vi har jo sånne samarbeidsmøter, det har vi. Men når vi snakker om hospitering, så er det noe jeg håper vi får til høsten. Ja, men det er klart det at de... Hun ene jobber her på sykehuset Asker og Bærum og hun andre på Ullevål, de er jo såpass oppdatert at de har ingen behov for hospitering. Men jeg ser jo, nå har jeg vært ett år ute av sykehus, og da ser jeg det kunne være greit å se hva de gjør på sykehusene igjen. Bare for prosedyrene, å ja...” (Kommune jordmor s.3 og 4 lj.49-5).

”Nå ser jeg jo at vi er den bydelen som det er minst jordmødre i, men likevel så har vi vel like mange innskrevne, eller like mange gravide som går her. Fordi at vi bruker tiden kanskje litt annerledes” (Foretak og kommune jordmor s.6 lj.47-50).

“Ja, altså i privat praksis, så er det ofte ikke veldig mange penger i systemet. Så en har jo ikke mange penger til å gå på kurs for seg selv, for å si det sånn” (Selvstendig næringsdrivende jordmor s.10 lj.45-46).

3.2.3 Syn på kontinuitet og framtidig organisering av tjenesten

Alle svarte positivt på at deres organisering av tjenesten ga en kontinuitet, men de mente at det var potensial til forbedring, basert på videreutvikling av den organisering de selv jobbet i.

Jordmor som jobber i helseforetaket, mener at kontinuitet styrkes ved at samme jordmor hadde en delt tjeneste mellom primærhelsetjenesten og i helseforetaket. Hun beskriver videre en mulig modell hvor kvinnen kunne komme innom sykehuset noen ganger i løpet av svangerskapet å snakke med jordmor, som en form for fødselsforberedelse inne på sykehuset. Videre framheves organisering av jordmødre i grupper som følger opp et visst antall gravide gjennom svangerskaps-, fødsels- og barseltid. Hun stiller seg spørrende til om denne modellen lar seg gjennomføre i praksis..

“Jeg skulle veldig gjerne ønsket meg og hatt en delt tjeneste hvis det kunne gått an. At man hadde stilling som var både her og, og i primærhelsetjenesten” (Foretaksjordmor s.3 lj.8-10).

“Kanskje man skulle hatt noe sånn at man kunne komme innom, ikke sant, å få snakke med sykehusjordmødrene noen ganger i løpet av svangerskapet og stille spørsmål. Ja, og hatt en annen form for fødselsforberedende arbeid inne på sykehuset enn det vi har hatt til nå” (Foretaksjordmor s.3 lj.19-23).

Jordmor som jobber på helsestasjon i kommunen mener at den beste framtidige organisering vil være å få systemer som ivaretar mer helhetlig kvinnehelse. Hun mener at jordmor i kommunen ikke bare skal holde på med svangerskapsomsorg, men også omsorg etter fødsel, prevensjonsveiledning og overgangsalder.

“Jeg synes jo at det er en god organisering at de kommer til jordmor i kommunen, og ikke på sykehus, det mener jeg. Det er lettere for oss her i kommunen å holde på, ja for friske gravide å ha ressurser her” (Kommunejordmor s.4 lj.22-25).

“Jeg synes gjerne vi kunne hatt oppfølging også etter fødselen og tatt, ja, første hjemmebesøk hjemme og fått avsluttet svangerskapet og snakket litt om barseltid også. Og ammingen”(Kommunejordmor s.3 lj.33-36)

“Jeg ser mer en sånn helhetlig. Kanskje kvinnehelse da, det er ikke bare svangerskapet, men da er det jo en større tanke”(Kommunejordmor s.4 lj.17-19).

Jordmor som jobber på helseforetak og er utleid til svangerskapsomsorg i bydelen mener at fremtidig organisering bør bygge videre på den modell hun selv representerer. Da ville flere jordmødre kunne ha fulle stillinger som var delt mellom helseforetak og bydel eller kommuner. Jordmor ville da kunne bruke hele sin fagkompetanse. Jordmors oppgave i kommunen kunne videreutvikles til å ta seg av mor og barn etter fødsel, slik at de kunne reise tidligere hjem.

“Jeg ser for meg en framtidig organisering av denne modellen, med at - at alle kunne ha flere stillinger. Og det er dyrt å være på sykehus. Og kvinnene reiser tidligere og tidligere hjem. Men det er ingen flere helsesøstre hjemme å ta seg av de. Kvinnen kommer tidligere ut og da må også jordmor litt mer inn, tenker jeg” (Foretak og kommune jordmor s.7 lj.21-25).

“Ideelt sett, så kunne de istedenfor å flytte på hotellet. Så kunne jo kvinnene dratt hjem. Vært på fødeavdelingen i 4-5-6 timer etter fødsel, så dratt hjem. Og da kunne jordmor fulgt opp hjemme. Hadde det da vært masse jordmødre ansatt i fulle stillinger på sykehuset, så - så kunne jo de jordmødrene for eksempel som jeg i denne bydelen da, som er utleid her. Så kunne jeg også da liksom også hatt en dag hvor jeg dro på barsel, barselbesøk, eller”(Foretak og kommune jordmor s.7 lj.28-34).

“Så hvorfor jeg synes at det burde vært organisert sånn, er at jeg skulle ønske at alle kunne være like heldige”(Foretak og kommune jordmor s.8 lj.17-19).

Jordmor som jobber på fødestue mener at den optimale organisering av tjenesten ville være å gi både friske og risiko gravide tilbud om kjent jordmor. Dette kunne gjennomføres ved at det opprettes jordmorsenter hvor en gruppe jordmødre fulgte kvinnen uavhengig om hun valgte å føde hjemme, på fødestue eller på sykehus. Det burde vært jordmødre og gynekologer som følger opp gravide, selektering blir således viktig.

“Men, jeg tenker også at det burde være, jo ikke noe i veien for at man også skulle kunne gi et slik tilbud også til høyrisikofødende” (Fødestue jordmor s.9 lj.20-22).

“Det er noe vi burde klare å gjøre annerledes med hele omsorgen. Men jeg tenker, jeg opplever jo på en måte at fastlegene er jo på en måte en liten brems der. At, jeg synes det

burde være et, sånn som i Sverige og Danmark også, der er det jo et prosjekt, altså hvor jordmødre og gynekologer er de som følger opp de gravide”(Fødestue jordmor s.9 lj.30-34).

Jordmor som er selvstendig næringsdrivende mener at de den ideelle organisering er jordmødre som driver privat praksis, men i grupper;

“Den ideelle tjenesten for meg, den ligger muligens kanskje noen steder, som man har noen steder i Danmark. Eller som man har i Nederland. Der er det jo sånn, slik jeg har forstått det. At jordmødrene driver privat praksis og får noe betalt av klienten, men mesteparten dekkes av det offentlige. Så driver de jordmorhus hvor to, tre, fire, fem jordmødre sammen. Og deler svangerskapsomsorgen, fødsel tilbudet, barselomsorgen.”(Selvstendig næringsdrivende jordmor s.20 lj.31-36)

3.2.4 Syn på beslutnings innflytelse

På spørsmål om hvilken innflytelse de hadde på beslutninger som ble tatt kom det fram at jordmor hadde mindre innflytelse dersom hun jobbet i en stor organisasjon. Jordmor som var organisert i privat praksis og jobbet for seg selv, hadde størst innflytelse på beslutninger. Jordmor som jobbet i kommunehelsetjenesten, og som tidligere hadde jobbet på helseforetak, mente at det var mer hierarki på sykehus enn i kommunehelsetjenesten, men sa også at hun ikke hadde fått prøvd sin innflytelse som leder i kommunehelsetjenesten.

“Jeg synes at vi til en viss grad har påvirkning, men her er det snakk om en stor organisering som er vanskelig å gjøre noe med, men”(Foretaksjordmor s.3 lj.42-44).

“Ja, jeg synes det er mye mer hierarki på sykehus. Og da. Det må jeg si at det er mye mer, ja altså mye mer styrt ut fra fagpersonell og ja, og avdelingsvis”(Kommunejordmor s.5 lj.43-45).

Jeg spurte om hun føler hun har noen påvirkningskraft?

“Nei, vet du hva, det føler jeg bare blir mindre og mindre”(foretak og kommune jordmor s.6 lj.27).

“Det var jo da en tid hvor de truet med å legge oss ned, og da skrev vi brev og vi viste tallene våre, og at vi stadig var i økning av antall gravide som gikk her. Og vi klarte på en måte å unngå at, vi ble tatt i betraktning”(Fødestue jordmor s.8 lj.44-47).

“Jeg synes jo, at jeg har en total beslutning innflytelse jeg”(Selvstendig næringsdrivende jordmor s.21 lj.48).

3.3 Oppsummering av intervjuene

Mitt mest påfallende funn er at alle jordmødre forsvaret sin egen organisasjon. De svarer positivt om egen organisering og hadde negativt syn eller erfaringer med andre måter å organisere tjenesten på. Samtlige mente at høyere kvalitet og kontinuitet oppnås ved å utbedre måten de selv er organisert på. Alle nevner at å organisere jordmortjenesten som i Danmark, hvor en gruppe jordmødre følger et visst antall gravide, kan være positivt. Enkelte stiller seg tvilende til at dette er gjennomførbart i praksis.

Resultater viser at det er stor variasjon med å kvalitetssikre sin virksomhet. Noen har systemer og statistikk hvor kvalitet måles kontinuerlig, mens andre “antar” at kvaliteten er god. Det er basert på tidligere brukerundersøkelser og fravær av klager. Det kom fram at organisasjoner som markedsfører eget tilbud for egen eksistens, dokumenterer kvalitet bedre.

Det er stor forskjell på mulighet for fagutvikling i egen organisasjon. Jordmødre som er organisert i ekspertorganisasjon har bedre utviklede systemer og flere ressurser til fagutvikling enn andre.

Kvalitetsbegrepet er uklart og ilegges ulik betydning. Beskrivelse av god kvalitet var for eksempel; Lang erfaring i sitt virke, gode prosedyrer, individuelt tilpasset omsorg, god tid, kjent jordmor og faglige dyktige jordmødre. Tilbudet var ulikt selv om alle jobber ut fra nasjonale retningslinjer. Enkelte fulgte pasientene gjennom svangerskap, fødsel og barsel mens andre fulgte opp deler. Alle svarer positivt på at deres tilbud ga god kontinuitet. Innholdet i tjenesten er ulik. Enkelte satt av mere tid til den enkeltes behov, følelser og tidligere opphevelser. Noen brukte uttrykket “totalomsorg”

God dokumentasjon viser seg å ha innvirkning på medbestemmelse for egen organisasjon. Jordmødre som jobbet på fødestue dokumenterte egen virksomhet og viste til statistikk og tall. De mente dette hadde betydning for beslutninger som ble vedtatt. Det kan se ut som beslutningsinnflytelse faller i takt med organisasjonens størrelse.

Når jeg oppsummerer svarene fra intervjuene og seleksjonen av jordmødre som er valgt til å besvare spørsmålene, må jeg ta med i betraktningen at de representerer en ideologi og legning som er av ulik art. Med dette mener jeg at valgt arbeidssted og dens organisering trolig er mer tiltagende enn andres. Det gjør at de i utgangspunktet vil være mer positive til sin egen organisatoriske form enn andre.

4 Diskusjon av resultatene

I dette kapittelet vil jeg oppsummere og drøfte det jeg har funnet ved gjennomgang av dokumenter og intervjuer. For å få en bedre oversikt har jeg utarbeidet en skjematisk oversikt av innsamlede data. Jeg har tatt utgangspunkt i nasjonale mål og ekspert anbefalinger som en indikator på kvalitet og standard. De ulike organisasjonsformer vurderes og drøftes opp mot denne standard.

4.1 Skjematisk framstilling av resultatene

Jeg har plassert organiseringen under den organisasjonsform jeg finner flest teoretiske likhetstrekk. Data fra intervjuene brukes til å identifisere og kategorisere de ulike standarder som er satt etter nasjonale mål og ekspert anbefalinger. Jeg bruker kun data som er relevante med tanke på regjeringens framtidige innsatsområder (49).

For å vise og systematisere resultatene fra intervjuene skisserer jeg ulike organisatoriske modeller opp mot spørsmål som er besvart. Jeg vurderer så i hvilken grad data fra intervjuene samsvarer med ekspertenes anbefalinger. Jeg har valgt å gradere svarene med høy, moderat og lav grad av samsvar. Resultatene er presentert i tabell 1 som viser i hvilken grad de ulike organisasjonsmodeller imøtekommer kravene til kvalitet. I tabell 2 bruker jeg resultatene fra tabell 1. Tabell 2 viser de ulike organisasjonsmodellenes kontinuitet, kvalitet og innflytelse.

Kvalitetsbegrepet er beskrevet gjennom noen egenskaper som tjenesten skal ha (31 s.9). Jeg har samlet inn data under intervjuene som er i tråd med det konkrete innhold i kvalitet som er definert fra nasjonale planer og målsetninger (35. 36. 49). Mine data plasseres under innhold i kvalitetsbegrepet.

- Virkningsfulle
- Trygge og sikre (Da tenker jeg på kvalitet og bevisst bruk av egen dokumentasjon til kvalitetsforbedring og kontinuerlig evaluering).
- Involverer brukere og gir dem innflytelse. (Her tenker jeg på brukermedvirkning i forhold til behov og ønsker innenfor medisinske retningslinjer)
- Er samordnet og preget av kontinuitet (Her tenker jeg at en tjenesteutøver utfører svangerskaps-, fødsels- og barselomsorg og at de samarbeider med ulike instanser utenfor sin egen organisasjon).
- Utnytter ressursene på en god måte
- Bruker jordmors samlede kompetanse
- Er tilgjengelige og rettferdig fordelt (Her tenker jeg på kapasitet i form av om tilbudet er godt utbygd og har nærhet til bruker).

Tabell 1. Karakterisering av de fem organisasjonsmodeller i forhold til nasjonal strategi for kvalitetsforbedring

| Organisasjonsform Grad av definerte fordeler | Byråkrat-organisasjon | Ekspertorganisasjon | | Gruppe-organisasjon | Entreprenør-organisasjon |
|--|--------------------------------------|---------------------------------------|---|----------------------------|------------------------------------|
| | Svangerskapsomsorg i kommunen | Jordmortjeneste i helseforetak | Salg av jordmortjeneste fra HF til kommune | Fødestue | Selvstendig jordmortjeneste |
| Bruk av samlet fagkompetanse | Lav | Moderat | Høy | Høy | Høy |
| Kontinuerlig evaluering | Lav | Lav | Moderat | Høy | Høy |
| Bevist bruk av virksomhetens dokumentasjon til forbedring av kvalitet | Lav | Lav | Lav | Høy | Moderat |
| Nærhet til bruker | Høy | Lav | Høy | Lav | Høy |
| Samarbeid med ulike instanser utenfor egen organisasjon | Moderat | Lav | Lav | Moderat | Moderat |
| Utbygd tilbud/Kapasitet | Høyt | Moderat | Høy | Lav | Lav |
| Brukermedvirkning | Lav | Lav | Lav | Høy | Høy |

Tabell 2: Karakterisering av de fem organisasjonsmodeller i forhold til nasjonal strategi for kvalitetsforbedring kontinuitet, kvalitet³ og medbestemmelse

| <div>Organisasjonsform:</div> <div>Høy og lav grad av:</div> | Byråkrat- organisasjon | Ekspertorganisasjon | | Gruppe- organisasjon | Entreprenør- organisasjon |
|--|---------------------------------|-------------------------------|---|-------------------------|------------------------------|
| | Svangerskapsomsorg i kommune | Jordmortjenesten i sykehus | Salg av jordmortjeneste fra HF til kommune | Fødestue | Egen jordmorpraksis |
| Kontinuitet | Lav | Lav | Moderat | Høy | Høy |
| Kvalitet | Lav | Lav | Moderat | Høy | Moderat |
| Medbestemmelse i egen organisasjon | Lav | Lav | Lav | Moderat | Høy |

³ Kvalitet er vurdert etter tabell 1 hvor 2 score på høy, ble definert som lav grad av kvalitet, 3 score på høy, ble definert som moderat grad av kvalitet og 4 score på høy, ble definert som høy grad av kvalitet

4.2 Diskusjon av resultatene i lys av målsettingene

Jeg har gjennom dette arbeidet fått god kjennskap til tema gjennom dokumenter og nye rapporter som har kommet etter samhandlingsreformen (24. 35. 36. 49). Jeg har fulgt debatten og deltatt på høringskonferanser (67. 68). Jeg kjenner jordmortjenesten og dens virke godt fra innsiden fordi jeg arbeidet i ulike settinger både innenfor svangerskaps-, fødsels- og barselomsorg. Jeg har også vært bruker av systemet. Det har vært en styrke når jeg i dette kapittelet vurderer og drøfter nasjonale dokumenter som stortingsmeldinger, ekspert rapporter og utredninger. Jeg oppsummerer og drøfter mine resultater fra intervjuene og forsøker å se resultatene i lys av dokumentene.

Min metodiske tilnærming til materialet, har vært intervjuer av fagpersonell som bevisst er plukket etter kriterier som erfaring, virke og tilknytning til organisasjon. Jeg har vært bevisst på rollen som nøytral part ved at intervjuobjektene har kunne tale fritt under løse rammer, fått åpne spørsmål og ubegrenset tid. Det har bidratt til en åpenhet som har fått fram nyanser i form av ny viten og opplysninger som jeg har nyttiggjort i oppgaven. Da jeg valgte å stille åpne spørsmål ble noen svar diffuse, det har gitt rom for tolkninger. Jeg har vært bevisst dette metodiske problem da min rolle også preges av subjektivitet. Jeg kan ikke unnlate min nærhet til temaet gjennom erfaringer i arbeidsliv og som bruker av tjenesten. Dette kan ha vært med på å lukke for min analytiske distanse, selv om jeg har forsøkt å bruke analytiske prinsipper og grep for å håndtere dette. Det å bruke ekspertrapporter og utredninger som verktøy ved definisjoner av sentrale begreper som kontinuitet, kvalitet og innhold, styrker objektiviteten i oppgaven. En annen svakhet ved oppgaven er at utvalg av jordmødre til intervjuene har erfaring fra sentrale strøk. Det gjør at en del aspekter ved jordmortjenesten i små kommuner ikke er dekket i intervjuene. For å kompensere noe har jeg lagt vekt på en teoretisk framstilling av tema som jeg har hentet fra faglitteraturen. Intervjuene er ikke dybdeanalysert fordi de skulle tjene mest til å få fram synspunkter. Ved en dypere analyse, måtte intervjuguiden vært strammere for å begrense rom for tolkninger.

4.2.1 En helhetlig svangerskapsomsorg.

Regjeringens mål om å oppnå et sammenhengende tjenestetilbud gjennom svangerskap, fødsel og barsel er en utfordring siden ansvarsstruktur og tilbud vil være delt mellom kommune og helseforetak. Da St.meld.nr.12 (2008-2009) ble behandlet i Stortinget i mai 2009, sluttet flertallet seg til at jordmortjenesten i kommunen fortsatt skal være kommunens ansvar (36 s.2). Regionale helseforetak og kommuner har begge fått ansvar for å utarbeide en flerårig helhetlig og lokalt tilpasset plan for svangerskapsomsorg, fødetilbud og barselomsorg i regionen (35 s.8).

Ekspertene mener at en bærekraftig kommunejordmortjeneste er nødvendig i hele landet (36 s.8). Jeg stiller meg tvilende til om dette er gjennomførbart med de midler og ressurser tjenesten har i dag. Forslag til ny lovgivning kan også slå negativt ut i praksis.

Profesjonsnøytralitet kan føre til at kommunene vil overføre mer av dagens jordmoroppgaver til andre profesjoner (34).

Jordmorkapasitet i kommunene ikke er tilstrekkelig i dag (49 s.9). Både ut fra hva intervjuene viser og som flerårig arbeidstaker som kommunejordmor, ser jeg det vanskelig å utvikle denne tjenesten med dagens ressurser. Det meldes stadige om stillingskutt i kommunen samtidig som det anslås at fødselstallet vil stige betraktelig i årene framover. En kartlegging av jordmortjenesten viser at hver 10. kommune/bydel ikke innfrir gravides ønsker om kontroll hos jordmor (40 s.17. 57 s.16).

Nasjonalbudsjettet for 2011 gir ikke mer midler og kommunene har heller ingen økonomiske insentiver for å styrke denne tjenesten, sammenliknet med å la fastlegen utføre svangerskapsomsorg (47. 49 s.28). Kommunejordmor er tiltenkt flere oppgaver og mer ansvar for samarbeid med helseforetakene enn tidligere. Det forventes at kvaliteten på den omsorg som gis forbedres og hun skal bruke hele sin kompetanse. Disse målene står i sterk kontrast til kommunejordmoras virkelighet. Hun er ofte ansatt i små stillingsbrøker, i små faglige miljøer og med et stadig større arbeidspress, hvor fagutvikling og kvalitetsarbeid ses på som luksus (40 s.20-21, 34-36, 56-58, 63).

Flerårige samarbeidsplaner med helseforetakene krever at involverte parter finner gode og hensiktsmessige løsninger sammen. I dag er det mange ulike aktører i tjenesten. Både jordmødre og fastleger. En skulle tro det er lettere for helseforetak og kommuner å implementere nye samarbeidsrutiner når de forholder seg til en jordmortjeneste i kommunen enn flere selvstendig næringsdrivende fastleger. Nasjonal styring i form av retningslinjer og pålegg i dette arbeidet kan være vanskelig fordi hver enkelt kommune vil ha egne særtrekk og finne ulike systemer som fremstår som hensiktsmessige.

Foretakene har ofte ansatt fagutviklingsjordmødre som kan være en ressurs når framtidige planer for samarbeid skal utvikles. Dette er ikke tilfelle i kommunehelsetjenesten, hvor jordmor ofte jobber alene (2 s.20). Regningen for dette arbeidet kan være vanskelig å plassere. Dersom kommunene skal betale for den tid kommunejordmor vil bruke til dette arbeidet vil det bety enda mindre tid til pasientene.

Kanskje det hadde vært mest hensiktsmessig om de regionale helseforetak fikk ansvar for hele jordmortjenesten også i kommunene. For kommunejordmora vil det være positivt å være tilknyttet et større fagmiljø. For jordmødre som jobber delvis i kommunen og delvis i foretaket ville det være bedre å få en arbeidsgiver å forholde seg til. Ansvar for den gravide og fødende ville vært lettere å plassere. En velfungerende helsetjeneste i kommunene kunne være en økonomisk gulrot for helseforetaket fordi flere kunne reise tidligere hjem og fått ambulant oppfølging i eget hjem. Slik det er i dag blir regningen skjøvet fra den ene til den andre og ansvar pulveriseres. Et velkjent problem er ferieavvikling hvor gravide og fødende må reise langt for å få nødvendig hjelp (35 s. 8 og s.46). Problemet med denne løsningen er som med annet forebyggende arbeid, det er vanskelig å dokumentere økonomisk lønnsomhet. En risikerer at de som skriker høyest får mest og da kan sårbare grupper komme dårligst ut.

Således er det stor fare for at tjenesten i kommunen blir en salderingspost når foretak skal fordele sine ressurser.

En sammenhengende tjeneste mellom svangerskap, fødsel, og barsel, hvor samme jordmor skal følge kvinnen, kan være vanskelig å realisere i praksis fordi kvinner føder hele døgnet. Organisasjoner som legger vekt på at kvinner skal møte samme jordmor gjennom hele forløpet sier at dette kan være vanskelig å realisere med hensyn til arbeidsmiljølov og vaktbelastninger (Kap.3.2.3). Selv fikk jeg mitt tredje barn på føderike for et drøyt år siden. Jeg opplevde å møte to ulike jordmødre i svangerskapet, to nye i fødsel, men samme jordmor ambulant gjennom barseltiden. Selv om jeg ikke fikk samme jordmor gjennom svangerskaps-, fødsels- og barseltid opplevde jeg en god kontinuitet og var tilfreds med tilbudet. Jeg har spurt meg selv om kontinuiteten og tilfredsheten ville oppleves likt dersom jordmor og fastlege i kommunen fulgte meg gjennom svangerskapet og den første tiden etter fødsel. Etter mitt syn er det en vesentlig forskjell på de to modeller. Jeg tror ikke at det er “kjent person” som er viktig for brukeren, men kjent system og organisering. Det betyr at en som bruker vet hva organisasjonen står for, dens ideologi, tilbud og rutiner. Det vil gjøre omsorgen trygg og forutsigbar.

Når tjenesten utføres av ulike aktører oppstår det ofte usikkerhet og misforståelser. Dette skjer fordi organisasjonene kommuniserer dårlig og ikke kjenner godt nok til hverandre. Det ikke uvanlig at jordmor i kommunen gir feil informasjon til den gravide om rutiner og tilbud som er endret på helseforetakene, fordi informasjonsflyt mellom de ulike nivåer er for dårlig. Dersom organisasjonen har felles ideologi, forståelse og system for omsorgen vil dette problemet reduseres.

Det kan være nyttig å se ting fra flere sider. Dersom en organisasjon blir for lukket, kan den stå i fare for å bli for ensidig og homogen og til slutt romme “en stor person”. Ny forskning slår tvil om kontinuiteten er så viktig for pasienttilfredshet eller om det er systemet eller personen de møter som er avgjørende. I Australia er det gjort en randomisert studie av kvinners tilfredshet i forbindelse med svangerskap, fødsel og barsel som ble målt opp mot kontinuitet i tjenesten. Resultatene viste at kontinuitet i seg selv ikke ga signifikant høyere score på tilfredshet, men at kvaliteten på samholdet mellom jordmor og kvinnen hadde betydning for tilfredshet. Dette viser kompleksiteten mellom kontinuitet og kvalitet og at de må ses i lys av hverandre (19).

4.2.2 Et trygt fødetilbud

Norges er langstrakt land med store avstander. Det gir utfordringer i fødselsomsorgen. Reisevei til fødested og følgetjeneste for gravide har vært et hett tema i tilknytting til nedleggelser av fødeavdelinger i distriktene. Utviklingen har gått i retning av sentralisering av fødetilbudet til de større byene. Det er anslått at ca. åtte prosent av gravide har en reisevei til nærmeste fødested på minst halvannen time. Til tross for dette er det få fødsler under transport (64).

Regjeringen ønsker å etablere en følgetjeneste som har kompetanse til å håndtere transportfødsler og ivareta den fødendes behov for trygghet. Det brukes mye ressurser på å sikre at den fødende rekker fram i tide. Ofte må hun oppholde seg i nærheten av sykehuset eller legges inn i forkant av fødsel. Det kan være en belastning for kvinnen og hennes familie og unødvendig bruk av ressurser. Flere friske gravide uten risiko for komplikasjoner under fødsel, kunne født lokalt dersom dette var et reelt tilbud. Jordmortjenesten i kommunen og distriktene må da bli mer robust.

Stortinget har vedtatt med virkning f.o.m. 1. januar 2010 at ansvaret for følgetjenesten og nødvendig beredskap i forbindelse med fødsel er overført fra kommunene til de regionale helseforetakene (35 s.53). Det kan tenkes at kommunene ved fravær av dette ansvaret tar mindre ansvar for det lokale fødetilbud og skyver flere oppgaver til helseforetakene. Jeg ser en fare for at denne endringen kan bli en sovepute for kommunene i distriktene, fordi de nå kan velge å bygge ned jordmortjenesten og overlate gravide til fastlege og helseforetakene. Det er i mot regjeringens ønske og ekspertenes råd som ønsker å bygge opp en bærekraftig kommunejordmortjeneste (35. 49) Resultatet kan bli at friske gravide som kunne født lokalt i framtiden vil føde på de store klinikkene. Samtidig ser jeg at det blir en mer “ryddig” organisering når de regionale helseforetak nå har ansvar for følgetjenesten slik som de har for annen syke transport.

Kommuner som ønsker å opprettholde en jordmortjeneste som holder høy standard, vil kunne etablere hensiktsmessige samarbeidsavtaler med helseforetaket for følgetjenesten. Kjent lokal jordmortjeneste kan ha beredskapsvakter. En slik ordning vil være et steg i riktig retning til bedre samhandling og godt samarbeid mellom jordmortjenester i kommunen og de regionale helseforetak.

Det finnes i dag jordmordrevne fødestuer i Norge. Forskning viser at dette fødetilbudet ansees som et trygt og godt alternativ til friske gravide og fødende (10. 18. 26). I min analyse viser jeg at jordmordrevne fødestuer scorer høyt på bruk av samlet fagkompetanse, kontinuerlig evaluering, bevisst bruk av virksomhetens dokumentasjon til forbedring av kvalitet og brukermedvirkning. Nærhet til bruker og utbygd tilbud og kapasitet scorer lavt. Dette tyder på at tilbudet holder høy kvalitet, men er for dårlig utbygd. Samarbeid med andre instanser kom ikke dårligere ut enn for andre organisasjonsformer. Fødestuenes utfordringer for framtiden er å skape et nært samarbeid med helseforetakene og bli et alternativ til fødeavdelinger og kvinneklinikker. Da kan transportfødsler, belastende reisevei og dyre og langvarige sykehusopphold for friske gravide reduseres. Kommunen vil da forholde seg til sine gravide og fødende innbyggere, slik at de ikke kan skyve ansvaret over på helseforetakene, men snarere bygge på fordelene med samarbeid og gode relasjoner.

4.2.3 Et familievennlig barseltilbud

Ekspertisen, og den politiske arena, knytter et familievennlig barseltilbud sterkt opp mot den lokale jordmortjeneste som er tiltenkt en sentral rolle (35 s.50. 49 s.9). Mor og barn reiser stadig tidligere hjem fra sykehuset etter fødsel uten at denne utviklingen har vært fulgt opp

med et oppbyggende og velfungerende helsetilbud i kommunene. I dag er det store forskjeller i barseltilbudet rundt om i landet. Vanlig praksis er at de fleste kvinner som har født ukomplisert ligger på sykehus 2-3 dager etter fødsel, noen også kortere. Mange reiser hjem fra sykehuset før amming er etablert. Det medfører at mange fortsatt vil ha behov for oppfølging av faglig personell. Noen sykehus møter dette behovet med å ta kvinnene inn igjen poliklinisk, mens andre overlater dette ansvaret til kommunehelsetjenesten.

Dagens barseltilbud gir lite rom for individuelt tilpasset omsorg for kvinnen. Det rammer særlig sårbare grupper med særskilte behov. Barnets behov for oppfølging og nødvendig helsehjelp viser seg også kritikkverdig (16 s. 24-29. 42 s.13-20. 49 s. 53). Dette betyr i praksis at det ikke er noen klare regler for hvem som gjør hva og hvilken omsorg som gis. Min erfaring er at når den trygge overgangen fra sykehus til hjemmet uteblir og ansvar pulveriseres, kan det få uheldige konsekvenser for den nybakte familie som befinner seg i en sårbar periode av livet.

Det kan også være at kvinnen forholder seg til begge systemer samtidig, uten at de nødvendigvis samarbeider. Derved kan hun få motstridende og villedende råd og veiledning. Ulike organisasjoner jobber ikke etter samme prosedyrer. De kan ha ulik oppfatning og ideologi om hva som er riktig behandling. Dette viser at det er behov for nasjonale retningslinjer også i barselomsorgen.

Ettersom det nå er bestemt at den lokale jordmortjeneste skal være et kommunalt ansvar, påpekes behov for godt samarbeid mellom helseforetakene og kommunene. Den fødende har krav på en trygg og god oppfølging den første tiden etter fødsel. Avtaler som skal definere ansvar og sikre en felles utnyttelse av ressurser etterlyses. Det skal legges til rette for at lokal jordmortjeneste har en sentral rolle i oppfølging av mor og barn hjemme de første dagene etter fødselen (49 s.55). Jordmortjenesten i kommunen påpeker at det er mangel på ressurser og at gravide stadig må avvises (40 s.17). Dersom jordmortjenesten i framtiden også skal ta ansvar for barselomsorg kreves flere ressurser. Stortingsmeldinger og utredninger sier ikke noe om hvem som skal betale. Jeg ser ingen tegn til at det satses på dette i nasjonalbudsjettet for 2011. Da må ressurser overføres fra helseforetakene til kommunene hvor kompetanse må bygges opp. Jeg har liten tro på at helseforetakene vil prioritere dette. Så lenge det økonomiske ansvar ikke avklares, finner jeg det lite hensiktsmessig og bruker knappe ressurser til å sette opp planer som blir umulig å gjennomføre. St. meld. nr. 12 og oppfølgende rapporter og utredninger er for diffuse og lite konkrete i sine tiltak. Det øker faren for strid om fordeling av både pasienter, ansvar og ressurser. Jeg ser ikke det som noe godt utgangspunkt for samhandling og kontinuitet i tjenesten.

Et annet spørsmål er hva som gir høyest kvalitet på familievennlig barselomsorg. Vi er internasjonalt anerkjent som et av verdens tryggeste land å føde barn i (57 s. 7). Kanskje vi ikke skal forandre på det som fungerer godt. Et familievennlig tilbud kan også realiseres i spesialisthelsetjenesten, ved at de retter seg mer mot far og bygger flere familie rom og pasienthotell istedenfor tradisjonelle barselavdelinger. Det er gjort en studie på ambulant

barselomsorg som konkluderer med at tidlig hjemreise etter fødsel med hjemmebesøk av jordmor er et godt alternativ til opphold på sykehus. Det ble ikke funnet lavere andel av amming eller dårligere fysisk og psykisk helse hos de som mottok barselomsorg i hjemmet. Det ble derimot rapportert en høyere tilfredshet og mindre problemer med ammingen hos de som valgte hjemmebasert omsorg (58. 9).

Det er en politisk målsetting at vi i framtiden skal satse mer på sårbare grupper enn det som gjøres i dag. (49 s.31-32). Sårbare grupper blir ikke godt nok ivaretatt på barselavdelingene i helseforetakene. Dette skyldes primært at barseloppholdet er for kort og kommunikasjonen mellom kommunen og helseforetaket er så dårlig at de ikke blitt registrert (42 s.14). Sårbare grupper har ofte komplekse problemstillinger og trenger god og langvarig oppfølging. Ekstra liggetid på barsel vil ofte ikke være nok for disse gruppene. Derfor er det viktig med tidlig intervensjon og god beredskap i kommunen. De etablerte tilbud om barselomsorg i hjemmene, som fødestuer og selvstendig næringsdrivende jordmor gir, underbygger også påstand om at barselopphold i hjemmet er et trygt og godt alternativ, men det er ikke så mange kvinner som velger denne omsorgsmodellen (Kap.3). Sannsynligvis skyldes det at det har vært lite praktisert i helseforetakene og derfor ikke vært et reelt tilbud.

I 2008 ble det utprøvd en samarbeidsmodell mellom Oslo Universitetssykehus, Ullevål og Sagene bydel i Oslo. Prosjektet gikk på tidlig hjemreise etter fødsel med påfølgende omsorg i hjemmet fra jordmor i bydelen. Selv om prosjektet hadde høy pasienttilfredshet ble det ikke videreført på grunn av få brukere (8. 49 s.53). Det viser at brukere har en tendens til å velge det tradisjonelle og kjente uavhengig om tilbudet er bra. Samfunnsøkonomiske gevinster må derfor få større plass i vurderinger når valg og satsing på barselomsorgen bestemmes.

Jordmødrene i kommunen ønsker å få ansvar for oppfølging i barsel (40 s.78, Kap.3.2.3). Dette vil være med på å styrke kontinuiteten i omsorgen og er i tråd med bedre utnyttelse av den enkeltes samlede kompetanse. Min analyse viser forskjeller på hvordan kvalitet i tjenesten ivaretas. Jordmortjenesten i kommunen kommer dårlig ut. Foruten at hun følger nasjonale retningslinjer for svangerskapsomsorgen, framheves erfaring, at noen av de ansatte også jobber i foretak og at brukere i tjenesten får god tid på hver konsultasjon. Det føres ikke statistikk og det er lite rom for tilbakemeldinger og evalueringer. Samarbeid med fastleger og foretak viser mangler. Det samme gjelder faglig utvikling og oppdatering (Kap.3). Jeg mener at dersom jordmortjenesten i kommunen skal ha ansvar for barselomsorgen må kvaliteten på tjenesten heves. Kommunene må i forkant av en slik endring sørge for at det finnes ressurser og vilje til kvalitetsforbedringer. Det vil si at ressurser må sikres og ansvar må plasseres. Jordmor må være villig til å endre sin praksis for å registrere og dokumentere kvalitet og kontinuitet i arbeidet på en vitenskapelig profesjonell måte. Videre må systemer som sikrer god og nødvendig samhandling mellom ulike aktører etableres.

Slik som barselomsorgen praktiseres i dag kommer selvstendig næringsdrivende og jordmorstyrte fødestuer best ut i familievennlig barselomsorg (Kap.3). Det er fordi de innlemmer familien i barselomsorgen. Den tradisjonelle barselomsorg hvor kvinner deler rom

med flere andre kvinner og far ikke kan være tilstede hele døgnet, kommer dårligst ut. Helseforetakene har etablert familie rom og barselhotell som inkluderer far, men tilbudet er svært tidsbegrenset og strekker seg ofte ikke mer enn to døgn (42 s.13-14). Det ser ut som familieinkludering i hovedsak gis til friske fødende som kan føde hjemme, på fødestue eller kan være på familie rom og barselhotell med redusert bemanning.

4.2.4 Kvalitet i alle ledd

Det er ingen nasjonale kvalitetsindikatorer for svangerskaps-, fødsels- og barselomsorgen i Norge. Regjeringen ser på dette som en mangel og har lagt føringer for at dette skal utvikles. Direktoratet og kunnskapssenteret har fått i oppdrag fra regjeringen å kartlegge og utarbeide planer for forbedringer (24. 35). Foretakene har fått i oppdrag å etablere systemer som sikrer at kvalitetskravene følges opp (25).

Min analyse viser at kvalitet defineres ulikt. Det er ikke enighet om hva som legges i begrepet. Alle refererer til bruk av nasjonale retningslinjer, men kvalitetsbegrepet ble tolket forskjellig (Kap.3). Det tyder på at faglige anbefalinger, planer og retningslinjer, som ses på som viktig for kvalitetsarbeidet i helsevesenet har begrenset verdi. Det er en forutsetning at de implementeres, tolkes og brukes likt i systemet. Den nasjonale strategi for kvalitetsforbedring har gitt kvalitetsbegrepet et konkret innhold (31 s.9).

De sier at god kvalitet omfatter at tjenestene er:

- Virkningsfulle
- Trygge og sikre
- Involverer brukere og gir dem innflytelse
- Er samordnet og preget av kontinuitet
- Utnytter ressursene på en god måte
- Er tilgjengelige og rettferdig fordelt

Når kvalitet tolkes med dette perspektivet, er det ingen tvil om at mye arbeid gjenstår. I min datasamling var det kun to av fem spurte, som bevisst brukte utarbeidede systemer til å fange opp kontinuerlig kvalitet i tjenesten de leverte. Det var Føderiket og selvstendig næringsdrivende jordmor. Motivasjonen var å dokumentere at den virksomhet de driver, er av så god kvalitet at den bør eksistere. Dette er typiske trekk for entreprenør- og gruppe-organisasjoner (Kap.2.5). De andre som ble intervjuet svarte at så lenge de brukte faglige retningslinjer for svangerskapsomsorgen og tidligere brukerundersøkelser var tilfredsstillende, var de kompetente i sitt virke og gikk de ut fra at tjenesten var bra.

Donabedian har definert tjenestekvalitet som;

“That kind of care which is expected to maximize an inclusive measure of patient welfare, after one has taken account of the balance of expected gains and losses that attend the process of care in all its part” (24 s.13).

Definisjonen viser nødvendigheten av kontinuerlig evaluering i helsetjenestene for å kunne opprettholde kvalitet i et dynamisk system. For å dokumentere kvalitet må det være en viss kontinuitet. De henger sammen. Som eksempel er det vanskelig for meg som jordmor i kommunehelsetjenesten å få svar på om kunden var fornøyd med den tjenesten jeg har levert, når jeg ikke møter henne igjen. Jeg får bare en fødselsmelding som sier om kvinnen har født et levende barn, kjønn, vekt og om fødselen var normal. Spørsmål om pasienten er tilfreds med den behandling hun har fått og om den svarte til forventningene, vil jeg ikke kunne innhente så sant hun ikke tar initiativ til det selv. Jordmor på fødestue og jordmor som driver selvstendig, ser kvinnen igjen etter fødsel og kan derved innhente disse data.

Det definerte innholdet i kvalitetsbegrepet må implementeres til tjenesteyter, for å ha noe som helst verdi. Nasjonale rapporter sier noe om utviklingsstrategier og kvalitetsindikatorer på et overordnet nivå, men lite om hvordan det kan implementeres helt ned til det avgjørende ledd mellom tjenesteyter og bruker av tjenesten. Det er på dette nivået pasienten opplever kvalitet eller mangel på kvalitet (24. 35). Kvalitetsarbeid må måles og utvikles til et redskap som tjenesteyter identifiserer seg med og er motivert til å bruke. Jeg tror ikke det skjer uten en endring i lovverk som pålegger ansvar, først da kommer midler og ressurser til et slikt arbeid. Det er viktig at rapporter, utredninger og arbeidet som gjøres på nasjonalt nivå også får positivt gjennomslag i daglig praksis.

Kvalitetsindikatorer defineres som målbare variabler. De skal si noe om vanskelige målbare komplekse fenomener. Vurderinger om oppfylling av bestemte krav eller standarder knyttes opp mot kvalitetsindikatorer. De beskriver kategoriene struktur, prosess og resultat. Alle disse kategorier må vurderes for å kunne si noe om kvaliteten på tjenesten. Derved utvides kvalitetsbegrepet til å omfatte mer enn behandlingsresultat som levende føde, død og sectiofrekvens. Kvalitet betyr også at det skal være en god gjennomføring av utredning og behandling, hvor bruker selv er involvert. Koordinering og samhandling må være på plass, slik at det er en god pasientflyt i systemet. Pasienten skal komme til riktig tjenesteyter og nivå. Det må være tilstrekkelig kapasitet. Personalet må ha god kompetanse. Utstyr og teknologi må være på plass (35 s.46).

Når jeg viser til disse kvalitetsindikatorer, er det vanskelig å forstå hvordan de spurte i alle organisasjoner kunne svare positivt på at de leverer tjenester av høy kvalitet. Selv om jordmødrene mener at de leverer en god tjeneste, er det ingen som oppfyller kvalitetskravene. Det er fordi det finnes så mange begrensinger i det organisatoriske systemet. Både innhentede data og intervjuene viser dette. På strukturmålfokus er det ofte mangel på ressurser. Jordmødre jobber alene i små stillingsbrøker og det er få ressurser til faglig utvikling. På prosessmålfokus er det store utfordringer knyttet til å koordinere tjenesten mellom

kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten. Her meldes stadig behov for klare rolleavklaringer og tydelige oppgavefordelinger. Dette gjelder også internt i kommunehelsetjenesten mellom allmennleger, svangerskapsomsorgen og helsesøstertjenesten (40).

Kunnskapssenteret har i en rapport vurdert ulike elementer som kan inngå i et nasjonalt kvalitetssystem for primærhelsetjenesten. Her framheves dokumentasjon, bruker medvirkning, pasientinformasjon, gode kvalitetsindikatorer, IKT, koordinering, funksjonalitet, benchmarking, og ledelse som støtter kvalitetsarbeid og god kompetanse (24 s.2).

Rapportene som Helsedirektoratet og Kunnskapssenteret har utarbeidet viser hva som forventes og må til for at kvaliteten i tjenesten skal bli god. Det fokuseres mye på nødvendige tiltak for å nå målet. Min erfaring er at flere faktorer er avgjørende for måloppnåelse. Et erkjent problem er at selv om kommuner og foretak kjenner til ekspertenes råd og anbefalinger, kan knappe ressurser og politiske prioriteringer begrense mulighetene til å få gjennomslag i praksis. Det er ikke uvanlig at gode helsetilbud som leverer tjenester av høy kvalitet, blir nedlagt fordi foretaket må kutte kostnader. Som eksempel nevnes Føderiket, hvor Oslo Universitetssykehus har bestemt å flytte tilbudet til ABC klinikk på Ullevål sykehus (61.62).

Andre forhold som kan ha betydning for implementering og utvikling av kvalitet i tjenesten kan være de ansattes uvilje til endring, profesjonskamp, holdninger, innstillinger og kultur. En svensk undersøkelse kan tyde på at udefinerbare normer og regler kan ha stor betydning for den praksis som utøves. Forskningen viste at selv om det fantes evidensbasert praksis for håndtering av normal fødsel, valgte de fleste jordmødrene å håndtere fødselen etter personlige holdninger, innstillinger og lokal kultur (12). Dette viser at kunnskap ikke er nok for å endre en dårlig praksis.

Det er positivt at utredninger og rapporter synliggjør problemer og nødvendige tiltak for å bedre helsetjenesten. Det ser imidlertid ut som dette i seg selv ikke er nok for å få til nødvendig endring av praksis. Jeg tror en må gjøre tiltak på nasjonalt nivå som gjør tiltakene gjennomførbare på lokalt nivå for utfører og bruker. Det kan være lovendringer som viser klare ansvarsforhold i tjenesten. Kvalitetsarbeid kan gjøres lønnsomt for utfører ved økonomiske incentiver, som å innføre eller øke takster. Kontrollsystemer som viser at oppgaver er utført bør utarbeides for eksempel med et kryss i helsekortet. Videre kan en styrke arbeid med interne revisjoner og utarbeide rapporter i alle ledd, slik at en til hver tid har kontroll med virksomheten og at den opprettholder kvalitet. Virksomheten må være i kontinuerlig dialog med brukerne slik at de kan ta reelle, informerte valg. I mine intervjuer kan det se ut som en kamp for eksistens skjerper kvalitetsarbeidet. Dette kan videreføres, ved å skape et konkurranseforhold mellom tjenesteutøvere om å gi omsorg av best kvalitet. Alle nevnte tiltak er nødvendige for at rapportene ikke blir et dokument uten reel verdi for praksis.

4.2.5 Et bredt brukerperspektiv

Det er ingen lang tradisjon for organisert brukermedvirkning innen svangerskaps-, fødsels- og barselomsorg i Norge. Norske Kvinners Sanitetsforening har lenge vært aktive i lokale omstillingsprosesser i fødselsomsorg. De ble først oppnevnt som medlemmer i Nasjonalt råd for fødselsomsorg sammen med representant for organisasjonen Liv Laga, i 2008. Nå er representantene også med i utredelser og planlegging av framtidig jordmortjeneste (35 s.12. 49 s.63).

Regjeringen legger vekt på en sterk brukermedvirkning når fødselsomsorgen skal utvikles. Brukerrollen omtales som en av “bærebjelkene” i framtidige planer og de omtales som “eksperten” på sin egen situasjon. En grunnlegger av kunnskapsbasert praksis sier;

”Den kliniske ekspertise må ses i sammenheng med å integrere forskningsbasert kunnskap med kunnskap om pasientens tilstand og preferanser. Kun slik kan en støtte pasienten til å ta den rette beslutning” (7).

Brukere omtales ikke bare som mor og barn, men også pårørende og befolkningen forøvrig (49 s.63). Det betyr at pasienter og brukere av tjenesten skal høres. Deres syn og ønsker skal vektlegges og tas hensyn til når svangerskaps-, fødsels- og barselomsorg skal planlegges og iverksettes. Pasienter har rett til fritt sykehusvalg. Brukere skal selv velge hvilket fødetilbud de ønsker, men på grunn av kapasitetsproblemer er dette valget ikke reelt (21 § 2-4. 58). I Norge har vi vektlagt et desentralisert fødetilbud med god faglig standard. Fødetilbudet er inndelt etter tre nivåer som har ulike kvalitetskrav (49 s.41). Med bakgrunn i forsvarlighetskravet er retten til å få helsehjelp ved et bestemt, ønsket sykehus bare gjeldende så lenge dette sykehuset har kapasitet til å yte hjelpen. Derfor er det ikke uvanlig at brukere ikke får sine ønsker oppfylt (21 § 2-4. 22 § 2-2). Brukere har engasjert seg og rapporterer om at kvinner i fødsel ikke har fritt sykehusvalg. De poengterer den utrygghet kvinner og deres pårørende opplever ved å ikke få fast fødeplass. Det er en risiko for å bli avist i aktiv fødsel samt manglende differensierte tilbud.

I 2006 var det en brukeraksjon mot fødekaoset i Oslo (63). Brukere har fått innpass i den politiske arena og i byråkratiet, men det ser ikke ut som de representerer noen tyngde ved beslutninger. Nylig ble det rapportert at gravide stadig avises i aktiv fødsel (59). I dagens situasjon ser ut som om etterspørselen fra brukere enkelte steder er større enn tilbud. Noen er heldige og får sine ønsker oppfylt, mens andre avvises. Dette synes jeg er en dårlig praksis. Det hadde vært mer rettferdig om andre kriterier var mer tellende enn pasientens ønsker. Medisinske indikasjoner for fødeplass er fortsatt gjeldende, andre kriterier som økonomisk lønnsomhet, geografi, og forskning øyemed kunne også telle. Selv om en som bruker av helsevesenet har fritt sykehusvalg, kan ikke pasienten velge behandlingsnivå (21 § 2-4). En fødsel kan defineres inn under ulike behandlingsnivå. Da kan behovet for helsehjelp henvises til lavest mulig omsorgsnivå. Tidlig screening av risiko og tidlig differensiering i svangerskapet kan begrense den gravides valg. For eksempel kan friske gravide med tidligere

ukompliserte normale fødsler kun gis tilbud om å føde på tilgjengelige fødeavdeling eller fødestuer innenfor sitt distrikt.

Jeg mener det er vanskelig å kartlegge brukernes ønsker og behov godt nok. Som tidligere nevnt kan det være vanskelig å lage gode brukerundersøkelser som får fram reelle data (Kap.3.1). Videre undrer jeg om alle brukere har ressurser til å tilegne seg god nok informasjon til å ta riktige og reelle valg. Jeg tenker på de sårbare grupper som regjeringen ønsker å prioritere (49 s.31). Det er foreslått at det skal utarbeides nasjonale brukererfaringsundersøkelser for å framskaffe systematisk informasjon om brukernes erfaringer. Dette er ment som et ledd i å overvåke og forbedre praksis. Det er viktig å være observant på at de “ressurssterke” ikke representeres for sterkt, slik at det går på bekostning av sårbare grupper med mulige andre behov (49 s. 35).

Det vil være en fordel å samle all informasjon å gjøre den mer tilgjengelig enn den er i dag. Dette kan være med på å skjerme brukere for feil informasjon. Regjeringen foreslår å samordne informasjonen om graviditet, fødsel og barsel i en nettbasert helseportal (49 s.63-64). Det legges vekt på at informasjon også skal være tilgjengelig for kvinner med innvandrerbakgrunn og deres partnere, men fortsatt vil det være risiko for at noen grupper i samfunnet ikke vil bruke denne portalen aktivt. Det kan være enkle grunner som liten tilgang på teknisk utstyr, kulturelle forhold og språklige barrierer eller at noen ikke har ressurser nok til å ta ansvar for å tilegne seg informasjon gjennom en slik tiltenkt egeninnsats. Faren er at tjenesteutøvere fraskriver seg ansvar ved å pålegge at pasienten tilegner seg nødvendig informasjon selv. På den andre side er det positivt at gravide og fødende tar mer ansvar for sin egen helse. Dette er en samfunnstrend som det også er viktig for helsevesenet å henge med på.

I min datainnsamling fant jeg store forskjeller på kultur for brukermedvirkning. Fødestue og selvstendig næringsdrivende jordmor, jobbet etter en ideologi hvor brukere var mer delaktige i utøvelsen av tjenesten enn de andre spurte. Det er verd å merke seg at i begge disse organisasjonsformer etterspør brukere tjenesten bevisst. Dette skyldes primært at tilbudet er ukonvensjonelt og krever at bruker har satt seg godt inn i det og at tjenesteutøver har et sterkt behov for å markedsføre seg. Det tyder på at kvinner som søker seg til disse organisasjonene er mer bevisst på hva de søker og hva de vil ha, enn de som velger mer tradisjonelt. Det er grunn til å tro at denne gruppen vil være mer aktive også på den politiske arena. Det er derfor viktig å ikke overføre særskilte gruppers behov, til generelle behov. Når ledelsen på Oslo Universitetssykehus bestemte seg for å legge ned Føderiket, for å flytte virksomheten til det eksisterende ABC fødetilbud på Ullevål, ble brukernes engasjement synlig. Det kommer tydelig fram på hjemmesider og på blogger som ble lagt ut i denne saken. Det ser ut som gruppe- og entreprenør organisasjoner ivaretar brukernes medvirkning mer aktivt, ved hjelp av egne nettsider og medlemskap i Facebook osv (61). Slik form for medvirkning og kommunikasjon er ukjente i byråkrat- og ekspertorganisasjoner.

5 Konklusjon

Min oppgave ga ingen klare svar på hvilken framtidig organisering av jordmortjenesten som best oppfyller nasjonale krav og politiske målsettinger. I studiet ble en jordmortjeneste som var organisert i grupper framhevet som positivt, men vanskelig realiserbart. Jeg har lært at problemstillingens kompleksitet utgjøres av ulike faktorer som jeg ikke på forhånd hadde regnet med. Det har åpnet for ny og uventet kunnskap og dannet grunnlag for nye undringer og problemstillinger.

Gjennomgang av litteratur viser at organisering av jordmortjenesten varierer fra distrikt til distrikt, både når det gjelder kvalitet og kontinuitet. Samtidig tolkes tilbudet svært ulikt av utfører. Indikatorer som viser hva som menes med høy kvalitet og god kontinuitet er etterspurt i tjenesten.

Det er påfallende at alle de spurte i oppgaven mener at den måten de selv organiserer tjenesten fungerer godt og at framtidsvisjoner for en bedre tjeneste hos samtlige bygger på en videreutvikling av egen organisasjonsmodell. Dette er ikke overraskende da det må tas med i betraktningen at seleksjon trolig gjør at jordmødre jobber innenfor den ideologi som de selv representerer. Det er ikke alle de spurte jordmødrene som ville valgt å jobbe på Føderiket eller drevet selvstendig virksomhet. Jeg har derfor stilt spørsmål om mitt metodevalg var riktig og om svarene er strategiske i forhold til egne ønsker og behov, eller ut fra pasientens beste. Funnet gir meg viktig informasjon som framtidig leder, fordi det setter fokus på at personlige involverte ikke nødvendigvis er best egnet til å ta beslutninger i en omorganisering prosess. Jeg har lært at underliggende faktorer kan ha stor betydning for beslutninger som tas.

Det er valgt noen satsningsområder nasjonalt for den framtidige svangerskaps-, fødsels- og barselomsorg i Norge. Disse setter tjenesten i ulike dilemma som kan virke motstridende. I oppgaven har jeg satt fokus på dem.

Jeg tror det er vanskelig å få til et sammenhengende tjenestetilbud gjennom svangerskap, fødsel og barsel så lenge det finnes et ”kunstig” skille. Svangerskapsomsorgen utføres hovedsakelig i kommunehelsetjenesten og er et kommunalt ansvar. Fødsels- og barselomsorg utføres primært i spesialisthelsetjenesten og er helseforetakets ansvar. Jeg kaller dette skillet ”kunstig” fordi det kan oppleves slik. For de gravide og fødende henger svangerskap, fødsel og barsel naturlig sammen.

Fødsel under transport uten ledsager av kvalifisert personell er ingen ønsket situasjon (49 s. 37-39). Dersom fødetilbudet i distriktene skal bygges ut og ta mer ansvar, må det holde like høy kvalitet som fødeinstitusjoner i sentrale strøk. Det betyr ressurser på få fødende. Det står i kontrast til sentraliseringen vi ser i fødetilbudet i dag. Fordi vårt land er langstrakt med store avstander, mener jeg det er urealistisk å unngå fødsel under transport. Alle kan få med en kvalifisert ledsager dersom en åpner for flere privatpraktiserende jordmødre. Da må yrket gjøres levedyktig. Disse jordmødrene er ubenyttede ressurser, som kan bistå under graviditet,

fødsel, transport til sykehus og i barsel. Jordmødrene kan organisere seg i grupper og få refusjon for fagutvikling og hospitering på sykehus. Dersom det utarbeides felles nasjonale retningslinjer og en felles konsensus for hvordan tjenesten skal utføres, mener jeg tilbudet er et trygt og godt alternativ. Tjenesten vil oppfylle mange nasjonale mål som god kontinuitet, bruk av samlet fagkompetanse, nærhet til bruker og gi mulighet for familievennlig barseltid.

Jeg synes det er vanskelig å definere et trygt fødetilbud når det ikke finnes noen klare indikatorer på hva som er god kvalitet. Kommunen bestemmer hvor stor jordmortjenesten skal være og hvor mye ressurser som skal brukes. Jeg har vist at det samsvarer dårlig med god kvalitet (Kap.3) Derfor må det settes en nasjonal norm om virksomhetens omfang etter antall kvinner i fertil alder.

Kvinnens brukerinnflytelse gjør det vanskelig å fordele knappe ressurser i omsorgen. Hennes medbestemmelse gjør at hun kan velge omsorg som for samfunnet er dyrere å drifte enn hva som er nødvendig ut fra medisinske behov.

Det offentlige kan bestemme at:

- Friske gravide går til jordmor og syke bruker fastlege eller spesialist
- Friske gravide skal føde på fødestuer og fødeavdelinger, mens gravide med behov føder på kvinneklinikker
- Friske fødende reiser tidlig hjem fra barsel og får ambulant oppfølging hjemme, mens fødende med behov for oppfølging ut over det normale kan være på barsel.

Følges denne modellen vil brukerinnflytelse ikke gå på bekostning av økonomiske forhold og medisinsk forsvarlighet. Modellen fratar RHF sitt mandat og styring og vil være et tilbakesteg for kvinnens innflytelse og medvirkning.

Regjeringen pålegger kommunen og helseforetakene å samarbeide og lage gode og langsiktige planer for fødselsomsorgen i sitt distrikt. Jeg tror det skal mer til for å få en sammenhengende tjeneste med god kvalitet. Historisk viser jeg at framveksten av en organisert svangerskapsomsorg i kommunen var en lang prosess som ble styrt både fra ulike profesjoner og tradisjoner. Det var ikke nødvendigvis den fødendes beste som var avgjørende for viktige beslutninger i fødselsomsorgen. Først ved lovhjemmel fra 1995 ble tjenesten obligatorisk. Allerede 11 år tidligere ble det konstatert at jordmortjenesten skulle styrkes og trekkes inn i kommunehelsetjenesten. Tanken var den gang, som i dag, at kontinuiteten på omsorgen skulle bli bedre. Jordmor i kommunen skulle drive svangerskapsomsorg, bistå og følge ved fødsel i distriktene, samt trekkes mer inn i barseltiden (30). Dette viser at problemstillingen nå har vært aktuell i 27 år.

Fortsatt sliter fagfolk og myndigheter med å finne en organisering og struktur som gir tilfredsstillende kontinuitet i omsorgen. Selv om det er vedtatt i lov at jordmortjenesten skal være en obligatorisk tjeneste i kommunene, sier den ingen ting om hvor omfattende tjenesten

skal være. Resultatet er derfor et begrenset tilbud med knappe ressurser og små stillingsbrøker.

Etter at Samhandlingsreformen ble lagt fram 8. april 2011 har det kommet forslag om lovendringer i kommunehelsetjenesten. Denne lovendringen sier at kommunen har ansvar for å utføre svangerskaps- og barselomsorg, men det er ikke presisert at jordmor skal gi denne omsorgen. Dersom dette ikke gjøres kan i realiteten den lovpålagte jordmortjeneste i kommunen falle bort (34). Det står sterkt i kontrast til ekspertenes anbefalinger om at jordmortjenesten i kommunen bør styrkes (36). Det gjør at intensjonen om en tjeneste av høy kvalitet og god kontinuitet ikke kan realiseres.

Det har kommet en stortingsmelding og flere faglige utredninger med mange fine ord, som sier hva som er problemet og hva som må til for å heve kvalitet og kontinuitet i tjenesten. Realitetene er komplekse og det er vanskelig å imøtekomme alle behov og krav. Uten konkrete tiltak, klare ansvarsfordelinger og faglige krav til utfører av tjenesten fra styresmaktene, ser jeg liten verdi av de meldinger og utredninger som er utarbeidet. Jeg ser behov for endringer i lovverk, en tydelig fordeling av oppgaver og ansvar, samt økonomiske incentiver og midler. Dersom dette ikke kommer på plass, er jeg fortsatt usikker på hvor stort gjennomslag de offentlige dokumentene vil få i praksis. Oppgaven viser at det fortsatt gjenstår flere utfordringer og mer arbeid for å oppnå målet om en helhetlig svangerskaps-, fødsels- og barselomsorg i Norge.

Epilog

Mye har skjedd siden jeg bestemte meg for å skrive om dette temaet. Lite ante jeg at St.meld. nr. 12. "En gledelig begivenhet" skulle vise seg å skape så stort lokalt engasjement. Media omtalen har vært enorm det siste året med blant annet nedleggelse av forenklede fødestuer og lokalisering av fødetilbud. I tillegg har bekymringer rundt bemanningssituasjonen i helseforetak og konsekvenser av kort liggetid på barsel fått mye omtale i pressen. Dette har gjort oppgaven mer kompleks enn først antatt. Derfor har jeg under arbeid med dette studiet vært nødt til å innhente og oppdatere nye data kontinuerlig. Det betyr også at endringer kan være tilkommet etter at oppgaven ble ferdig. Det har vært viktig for meg å avgrense, selv om jeg vet at enkelte temaer kunne vært grundigere diskutert. Men av hensyn til oppgavens opprinnelige art ville det blitt for omfattende i denne omgang.

Referanser

1. Backe B, Øyan p, Eide B et al. Desentralisert og differensiert fødselshjelp – et paradigmeskifte. Tidsskrift Norske Lægeforening 2005; 125: 606 – 607
2. Blom I. Den haarde dyst - Fødsler og fødselshjelp gjennom 150 år. Oslo, J. W. Cappelen. Forlag a.s.1988
3. Dagens medisin. Nettavis 30.04.2009. Trussel om nedleggelse av føderiket.
4. Frich J C, Ramleth Ø. Pasienttilfredshet som mål for kvalitet i spesialisthelsetjenesten. Tidsskrift Norske Lægeforening 2004; 124:88
5. Foss C, Ellefsen B. Helsetjenesteforskning: Perspektiver, metoder og muligheter. Oslo Universitetsforlag s.243.
6. Garratt A, Bjertnæs U, Krogstad P, Gulbrandsen P. Pasienterfaringsinstrumentet PasOpp I somatiske poliklinikker. Tidsskrift Norske Lægeforening 2005; 125:421-4.
7. Guyatt G, Cook D, Haynes B. Evidence based medicine has come a long way. BMJn2004; 329 (7473): 990 – 991.
8. Henriksen L. Hva betyr helhet og kontinuitet i svangerskap, fødsel og barselomsorg for kvinner? En evaluering av Barsel hjemme, et prosjekt fra Oslo. MPH 2010:7
9. Lian O. Forskningsmessige utfordringer i studier av pasienttilfredshet. I: Foss C, Ellefsen B, red. Helsetjenesteforskning. Oslo: Universitetsforlaget, 2005

10. Lukasse M, Øyan P, Aamodt G. En jordmorledet fødestue. Tidsskrift Norske Lægeforening 2006; Nr. 2/12: 170 – 172.
11. Moster D, Lie R T, Markestad T. Fornuft og følelser i fødselsomsorgen. Tidsskrift Norske Lægeforening 2005; 125: 2818-20
12. Sandin – Bojø A-K, Kvist L-J. Care in normal labour. A Swedish survey using the Bologna score. Birth 35:4 December 2008.
13. Sandven I. Kompetanseutvikling blant jordmødre i Norge (MPH 2003:10). Göteborg: Nordiska hälsovårdshögskolan, 2003.
14. Sandvik GB. Fra distriktsjordmor til institusjonsjordmor. Framveksten av en profesjon og en profesjonsutdanning. Doktorgradsavhandling. Bergen; Det psykologiske fakultet, UiB, 1995
15. Sitzia J. How valid and reliable are patient satisfaction data? An analysis of 195 studies. International Journal for Quality in Health Care 1999; Volume 11, Nr 4: pp. 319-328
16. Sletten K, Rykkje K, Strømsøy G. Barselomsorgen i Norge. Tidsskrift for jordmødre; Nr.2/12. Jan. 2006. 170-172.
17. Strand T. Ledelse, organisasjon og kultur. 2.utgave 2007. Fagbokforlaget.
18. Wallenström U. Føda barn. Från naturlig til høgteknologisk. Stockholm: Karolinska Institutet University Press, 2007.

19. Williams K, Lago L, Lainchbury A, Eagar K. Mothers views of caseload midwifery and the value of continuity of care at an Australian regional hospital. Midwifery (2009), doi: 10.1016/j.midw.2009.02.003

Offentlige publikasjoner:

20. LOV av 2. juli 1999 nr. 64: om helsepersonell m.v. (helsepersonelloven)
21. LOV av 2. juli 1999 nr. 63: om pasientrettigheter (pasientrettighetsloven).
22. LOV av 2. juli 1999 nr. 61: om spesialisthelsetjenesten mv. (spesialisthelsetjenesteloven)
23. LOV av 19. november 1982 nr. 66: om helsetjenesten i kommunene (kommunehelsetjenesteloven)
24. Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten. Vurdering av elementer som kan inngå i et nasjonalt kvalitetssystem for primærhelsetjenesten. Oslo: Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten (25.10.10).
25. Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten. Tema: Brukerundersøkelser (25.09.09).
26. Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten. Jordmorstyrte fødestuer. Oslo: Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten, 2006
27. Norges forskningsråd og Statens helsetilsyn. Stort og sikkert? Smått og godt? Hvor skal kvinner i Norge føde? 1999.
28. NOU 2005: 3. Fra stykkevis til helt. En sammenhengende helsetjeneste

29. NOU 1999: 13 Kvinner helse i Norge.
30. NOU 1984: 17 Perinatal omsorg i Norge: Helsearbeid blant svangre og fødende kvinner samt nyfødte barn.
31. ... og bedre skal det bli! Nasjonal strategi for kvalitetsforbedring i sosial og helsetjenesten. Veileder IS – 1162. Oslo: Sosial og helsedirektoratet, 2005.
32. Ot.prp.nr.89 (2002-2003) Om lov om endringer i folketrygdlova (refusjon for svangerskapskontroll utført av jordmor i privat praksis)
33. Ot.prp.nr.60 (1993-94) Om lov om endring i lov av. 19 november 1982 nr. 66 om helsetjenesten i kommunene og visse andre lover.
34. Prop.91 L (2010-2011) Om kommunale helse- og omsorgstjenester. Helse- og omsorgstjenesteloven s. 175-176 -15.5.3.3 + s. 147.
35. Sosial - og helsedirektoratet (2010): Et trygt fødetilbud. Forslag til kvalitetskrav for fødeinstitusjoner.
36. Sosial - og helsedirektoratet (2010): Utviklingsstrategi for jordmortjenesten. Tjenestekvalitet og kapasitet.
37. Sosial - og helsedirektoratet (2009): Kartlegging av personellsituasjonen i helsestasjon, skolehelsetjeneste og helsestasjon for ungdom. TNS Gallup Ref.626720

38. Sosial - og helsedirektoratet (2007): Oppfølging av “...og bedre skal det bli!”
Nasjonal strategi for kvalitetsforbedring i sosial- og helsetjenesten (2005-2015)
39. Sosial - og helsedirektoratet (2005): Nasjonale retningslinjer for
svangerskapsomsorgen
40. Sosialdirektoratet – og helsedirektoratet (2004): Kartlegging av jordmortjenesten og
følgetjenesten. Rapport fra undersøkelser blant helsesjefer og jordmødre i kommunen.
TNS Gallup.
41. Sosial - og helsedepartementet (1995) Rundskriv 1-14/95: Endringer i lov om
helsetjenesten i kommunene.
42. Statens helsetilsyn: Korleis tek fødeinstitusjonen og kommunen vare på behova til
barselkvinna og det nyfødde barnet i barseltida? Rapport frå tilsyn med barselomsorga
2011, 3/2011. ISSN: 1503-4798 (elektronisk utgåve)
43. Statens helsetilsyn: Oppsummering av landsomfattende tilsyn med fødeinstitusjoner i
2004, 11/2004.
44. Statens helsetilsyn: Legkvinnekonferansen om fødsels- og barselomsorgen. IS – 2691/
1999.
45. Statens helsetilsyn: Faglige krav til fødeinstitusjoner 1/97, 1997.
46. Statens helsetilsyn. Veileder i svangerskapsomsorg for kommunehelsetjenesten fra 23.
oktober 1995. Rundskriv nr IK – 42/95.
47. St.meld. nr. 1 (2010 – 2011): Nasjonalbudsjettet 2011.

48. St.meld. nr. 47 (2008 -2009): Samhandlingsreformen. Om rett behandling – på rett sted – til rett tid.
49. St.meld.nr 12 (2008-2009): En gledelig begivenhet. Om en sammenhengende svangerskaps-, fødsels- og barselomsorg.
50. St.meld.nr 14 (2001-2002): Evaluering av lov om medisinsk bruk av Bioteknologi.
51. St. meld.nr 43 (1999-2000): Om akuttmedisinsk beredskap.
52. St.prp. nr. 59 (2007-2008): Akuttmedisinske tilbud ved lokalsykehus.
53. St.prp. nr.1 (2006-2007) for Helse- og omsorgsdepartementet, Nasjonal helseplan.
54. Sundhetsdsstyrelsen 6. Utgave, 1. Oplag 2010: Barn i vente. Graviditet, fødsel, barseltid. Tol kommende forældre
55. Sundhetsdsstyrelsen 1.utgave, 1. Oplag, 2009: Anbefalinger for svangreomsorgen.
56. Særtrykk av St.prp. nr. 1 (2007–2008) kapittel 9.a. Nasjonal strategi for habilitering og rehabilitering
57. Tilfredshet med svangerskapsomsorgen i Norge. Rapport fra en brukerundersøkelse. Oslo: TNS Gallup, 2003

Nettadresser:

58. Boulivain M, Perneger TV, Othenin – Girard V, Pertrou S, Bermer M Irion O. Home – based versus hospital – based postnatal care: A randomized trial. Department of obstetrics and gynaecology, Geneva University Hospitals. University of Geneva, Switzerland. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=15270928>
59. Den norske jordmorforening: Gravide i Oslo slåss om fødeplassene.
WWW.jordmorforeningen.no/jm/Organisasjon/Nyhetsarkiv/Gravide-i-oslo-slaass-om-foedeplassene
60. Den norske jordmorforening: Oversikt over privatpraktiserende jordmødre.
WWW.jordmorforeningen.no/jm/Hjem/Arbeidsforhold/privat-praksis.
61. Facebook.
www.facebook.com/1/8704efPzkRSVRYwlmgLegUJ79g;gunnza.wordpress.com/210/11/10/nei-til-nedleggelse-av-foderiket/
62. Føderikets nettside. [www.foederiket.no.](http://www.foederiket.no/) / [www.oslo-universitetssykehus.no/aktuelt/nyheter /Sider/samler-friske-gravide.asp](http://www.oslo-universitetssykehus.no/aktuelt/nyheter/Sider/samler-friske-gravide.asp)
63. Liv Laga: Brukerorganisasjon for foreldre og vordende foreldre. WWW.livlaga.no
64. Medisinsk fødselsregister. Tabellverk. <http://mfr-nesstar.uib.no/mfr/>
65. Oslo universitetssykehus historie.
http://www.rikshospitalet.no/ikbViewer/page/no/pages/hygiene/om/menypunkt?p_dim_id=38508

66. Västra Götalandsregionen: Beskrivelse av mödrevårdcentralen i Sverige.
WWW.vgregion.se/Regionkansliet/Halso--ock-sjukvardsavdelningen.

Konferanser:

67. Høringskonferanse om stortingsmeldingen “ En gledelig begivenhet” (09.03.09) Norsk sykehus – og helsetjenesteforening. Konferanse om en helhetlig svangerskap, - fødsel, - og barselomsorg
68. Nasjonal konferanse om “Svangerskap, fødsel og barsel – kvalitet i omsorgen. Helse og Omsorgsminister Silvia Brustad 27. Mai, 2008, Thon Hotell Arena, Lillestrøm.

Vedlegg

Mail som ble sendt til Jordmor i forkant av intervju

I forbindelse med min masteroppgave på det erfaringsbaserte masterprogrammet i helseadministrasjon ("Ole Berg-kurset"), UIO. Ønsker jeg å se på ulik organisering av jordmortjenesten. Min problemstilling går på å drøfte modeller for å konkretisere regjeringens politikk som følge av Stortingsmelding nr. 12. "En gledelig begivenhet". Jeg ønsker å sette fokus på ansvarsforhold i tjenesten. Jeg ønsker videre å kartlegge hvordan ulik organisering virker inn på innhold, kvalitet og sammenheng i tjenesten. Under denne problemstillingen vil regjeringens 5 ulike innsatsområder bli vurdert opp mot ulike organisasjonsformer.

I den forbindelse skal jeg gjøre kvalitativ intervju av jordmødre som jobber innen ulik organisering. Intervjuet vil ikke ta lang tid, maks 30 min. Det stilles åpne spørsmål som:

Kan du beskrive fordeler og ulemper ved måten tjenesten organiseres på din arbeidsplass?

Innhold i tjenesten?

Kvaliteten på tjenesten du leverer?

Kontinuitet av tjenesten?

Hva er den ideelle organisering?

Jeg håper du/dere kan ta deg tid til dette intervjuet. Om du ønsker får du tilgang til å lese gjennom og revidere intervju tekst før den blir innlevert.

Vennlig hilsen Hege-Maria Aas

Jordmor og student det erfaringsbaserte masterprogrammet i helseadministrasjon UIO.

Intervjuguide

Jeg ønsker finne hvordan ulike organisering av jordmortjenesten virker inn på innhold, kvalitet og sammenheng i tjenesten.

Jeg har sett på ulike modeller for hvordan tjenesten er og kan organiseres.

Kan du beskrive fordeler og ulemper ved måten tjenesten organiseres på din arbeidsplass?

Innhold i tjenesten?

Kvaliteten på tjenesten du leverer?

Kontinuitet av tjenesten?

Hva er den ideelle organisering?

Hvilken innflytelse føler du at du har for de beslutninger som blir tatt i din organisasjon og som har innvirkning på ditt arbeide.